REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

JAARVERSLAG 2014

SECRETARIATEN
REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

Algemeen secretaris:
mw. mr N.E.C. Visée
Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 – 352 8338 mobiel: 06 - 11 79 74 36
E-mail: n.visee@toetscie.nl

REGIO 1 GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES-EILANDEN

Postbus 571
9700 AN Groningen
Telefoon: 050 – 599 2639 fax: 050 – 311 5301
E-mail: secretariaat-regio-1@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr W.T. Mulder
mw. mr C.A.M. Wildemast

REGIO 2 OVERIJSSEL, GELDERLAND, UTRECHT EN FLEVOLAND

Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 – 352 8335 fax: 026 – 352 8334
E-mail: secretariaat-arnhem@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr J.M. Welten
mw. mr C. Grijsen

REGIO 3 NOORD-HOLLAND

Postbus 16256
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 – 340 5853 fax: 070 – 340 7913
E-mail: secretariaat-regio-3@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr B.E. Liauw
mw. mr L.F. Stultiëns (vanaf juli 2014 tijdelijk elders gedetacheerd)
mw. drs. M. Biesot
dhr. mr M. Oosterwijk (secretaris ad interim vanaf juli 2014)

REGIO 4 ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Postbus 16255
2500 BG Den Haag
Telefoon: 070 – 340 5873 fax: 070 – 340 7761
E-mail: secretariaat-regio-4@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr E. Stoop-Bod
mw. mr E.D. Boer

REGIO 5 NOORD-BRABANT EN LIMBURG

Postbus 9013
6800 DR Arnhem
Telefoon: 026 – 352 8342 fax: 026 – 352 8334
E-mail: secretariaat-arnhem@toetscie.nl
Secretaris: mw. mr E.M. Suur
mw. mr F.H.C. Dantuma-Leeffers

REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

JAARVERSLAG 2014

INHOUD

HOOFDSTUK IV OVER DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

BIJLAGE I

BIJLAGE II

VOORWOORD

Zeer geachte lezer,

Hierbij bieden de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE's) u hun jaarverslag 2014 aan. Daarin leggen zij verantwoording af over de wijze waarop zij inhoud hebben gegeven aan hun wettelijke taak, het toetsen van meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de zorgvuldigheidseisen, zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL).

De opzet van dit jaarverslag is een andere dan u gewend bent.

In april 2015 hebben de gezamenlijke RTE's de zogenoemde Code of Practice uitgebracht. De Code of Practice geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten die de RTE's relevant achten met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen en moet worden gezien als een samenvatting van de overwegingen die de RTE's de afgelopen jaren in openbaar gemaakte oordelen en jaarverslagen hebben gepubliceerd.

De RTE's toetsen het handelen van de meldend arts aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie; zij houden daarbij ook rekening met hun eigen eerdere oordelen en met de in Bijlage I van de jaarverslagen opgenomen afhandelingsbeslissingen van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen, weergegeven in hun "jurisprudentie" en de daarin verwoorde afwegingen, werd voorheen in het jaarverslag uitgebreid toegelicht.
Dit is nu niet meer het geval.

Na de beschrijving in Hoofdstuk I van relevante ontwikkelingen en het in Hoofdstuk II opgenomen overzicht van het – met 10% gestegen – aantal (5306) en de aard van de in 2014 ontvangen meldingen, wordt in Hoofdstuk III, dat is gewijd aan casuïstiek, geen nadere toelichting meer gegeven.
Bij de casuïstiek wordt aangegeven ter illustratie van welke van de zorgvuldigheidseisen de casus is opgenomen, welke aandachtspunten voor de betreffende commissie aan de orde waren en – uiteraard – tot welk oordeel de commissie is gekomen. Alle als casus beschreven oordelen zelf zijn integraal op de website te lezen.
Voor een toelichting wordt bij de verschillende casus nu verwezen naar de desbetreffende uitleg in de tekst van de Code of Practice, die ook digitaal is te raadplegen op de website van de RTE's (www.euthanasiecommissie.nl).

Op de website worden de oordelen, die van belang zijn voor de normontwikkeling, gepubliceerd. Alle oordelen waarin de commissie concludeerde dat de meldend arts *niet* overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen had gehandeld worden hierop gepubliceerd.
In 2014 ging het hierbij om vier meldingen, waarvan het oordeel, zoals gebruikelijk, ook als casus in het jaarverslag is opgenomen.

Meldingen in meer complexe zaken, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij patiënten met een psychiatrische aandoening of patiënten in een gevorderd stadium van dementie, worden vrijwel altijd voorgelegd aan de leden van alle RTE's, alvorens de commissie tot een definitief oordeel komt. Die soms zeer levendige interne discussie is gericht op harmonisatie van oordelen; met in achtneming van het uitgangspunt dat iedere melding altijd naar de specifieke omstandigheden van het "geval" moet worden beoordeeld, is het streven van de RTE's steeds gericht op eenheid in oordelen.

Door het uitbrengen van de Code of Practice, het publiceren van oordelen op de website en het jaarverslag willen de RTE's duidelijkheid scheppen over de mogelijkheden die de wet biedt. Aan artsen, consulenten, patiënten die een euthanasieverzoek willen doen en andere geïnteresseerden.

Met de KNMG, die ook streeft naar die duidelijkheid, hebben de RTE's dit verslagjaar meerdere constructieve gesprekken gevoerd; deze bijeenkomsten, zich kenmerkend door een "open sfeer" en coöperatieve opstelling, hebben wij zeer gewaardeerd.

Behalve aan de hiervoor genoemde inhoudelijke werkzaamheden is in 2014 de nodige tijd en energie besteed aan de ambtelijke reorganisatie, het onderbrengen van de secretariaten van de RTE's in een nieuwe directie Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (ESTT).

Verslagjaar 2014 was voor de RTE's een inspirerend en een – opnieuw – enerverend jaar.

Ik wil de leden, de algemeen secretaris, de secretarissen en secretariaatsmedewerkers van de RTE's danken voor hun grote betrokkenheid en inzet. Een bijzonder woord van dank aan de leden van de begeleidingscommissie Code of Practice is daarbij meer dan op zijn plaats!

De commissies vernemen graag uw eventuele feedback via de algemeen secretaris van de RTE (mailadres: n.visee@toetscie.nl)

mr W.J.C. Swildens-Rozendaal
Coördinerend voorzitter regionale toetsingscommissies euthanasie

Den Haag, augustus 2015

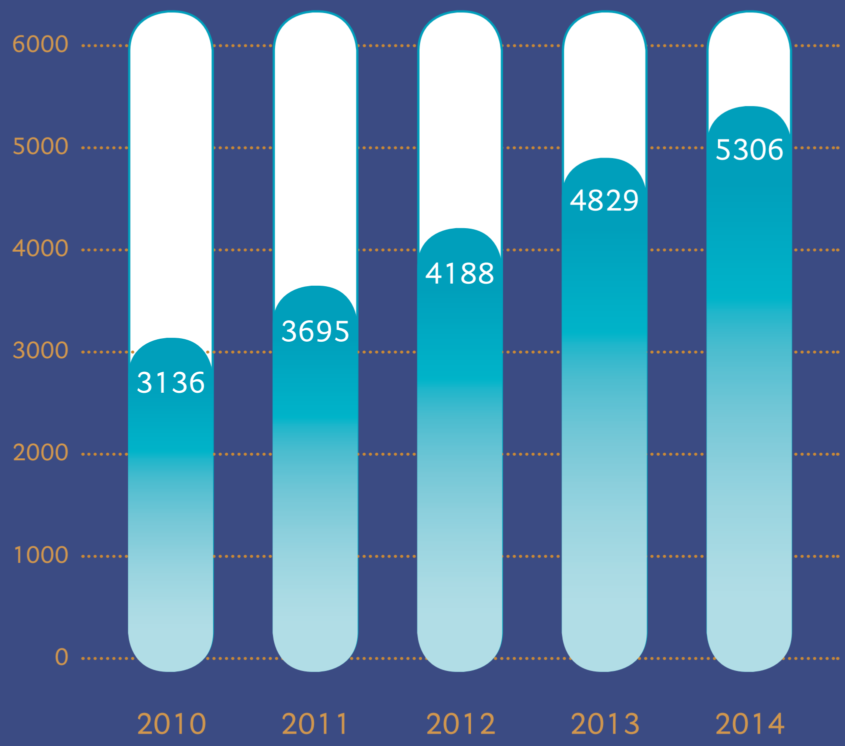
ONTWIKKELINGEN IN 2014

CODE OF PRACTICE

De gezamenlijke jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: de RTE's) en de op hun website gepubliceerde oordelen geven een beeld van de wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, zoals opgenomen in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL), interpreteren en toepassen. In de Tweede evaluatie van de WTL (2012) is de aanbeveling gedaan om in aanvulling daarop deze informatie beter toegankelijk te maken door een zogenoemde Code of Practice. Die aanbeveling is ondersteund door diverse nauw bij dit vraagstuk betrokken maatschappelijke organisaties waaronder de KNMG. Ook de ministers van VWS en V&J hebben de Tweede Kamer laten weten de wenselijkheid van een Code of Practice te onderschrijven.
De RTE's hebben prof. mr J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht AMC/Universiteit van Amsterdam, bereid gevonden hen behulpzaam te zijn bij het schrijven van een dergelijke Code. Hij is daarbij bijgestaan door een begeleidingscommissie, bestaande uit de RTE-leden prof. mr J.K.M. Gevers (voorzitter), dr. E.F.M. Veldhuis (arts-lid) en prof. mr dr. A.R. Mackor (ethicus-lid) en de algemeen secretaris mr N.E.C. Visée. Het door hen opgestelde concept is vervolgens voor commentaar voorgelegd aan alle leden en secretarissen van de RTE's.
Op 23 april 2015 heeft de coördinerend voorzitter, mr W.J.C. Swildens-Rozendaal, tijdens het KNMG-symposium "De puzzel van de SCEN-arts" in de Domus Medica te Utrecht het eerste exemplaar van de Code of Practice overhandigd aan prof. dr. R. J. van der Gaag, voorzitter van de KNMG.
De Code of Practice geeft een overzicht op hoofdlijnen van de aspecten en overwegingen die de RTE's relevant achten met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie. Het gaat er in deze tekst niet om elke denkbare situatie te beschrijven. De Code moet worden gezien als een samenvatting van de overwegingen die de RTE's de afgelopen jaren in openbaar gemaakte oordelen en jaarverslagen hebben gepubliceerd. De Code richt zich op die overwegingen en laat de casuïstiek buiten beschouwing.

De Code of Practice is vooral van belang voor uitvoerend artsen en consulenten, maar kan ook voorzien in de informatiebehoefte van patiënten die een euthanasieverzoek willen doen en van andere geïnteresseerden. Zij kunnen een beeld krijgen van de voorwaarden waaraan bij euthanasie moet zijn voldaan en daardoor beter weten wat zij kunnen verwachten. Voor eenieder is van belang dat zoveel mogelijk helderheid bestaat over de wijze waarop de RTE's de wet toepassen.
De digitale Code of Practice is te raadplegen op de website van de RTE's.[1]

1 www.euthanasiecommissie.nl.



TOTAAL AANTAL MELDINGEN
EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING

MELDINGEN

Aantal meldingen

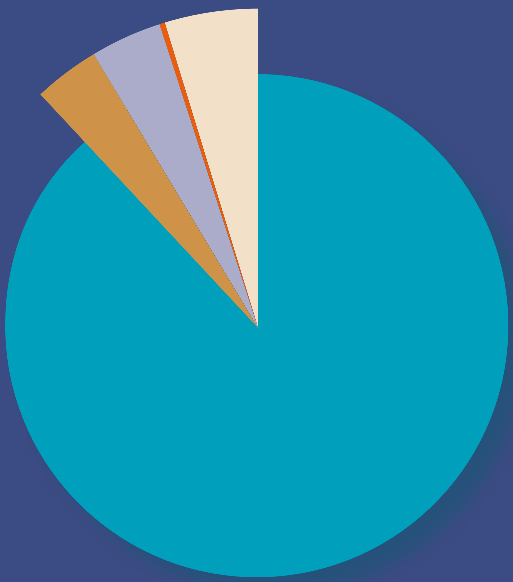
In 2014 hebben de RTE's 5306 meldingen van euthanasie, d.w.z. levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, ontvangen. Het aantal meldingen dat door de RTE's in 2014 is ontvangen vertoont daarmee opnieuw een stijging (10 %) ten opzichte van het aantal meldingen in 2013 (4829). Een gedetailleerd overzicht van deze meldingen, zowel landelijk als per regio, is opgenomen in Hoofdstuk II. De RTE's hebben in alle zaken getoetst of de uitvoerend arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, eerste lid van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: WTL). In 4 gevallen, minder dan 0,1 % van het totaal aantal meldingen, kwamen de RTE's tot het oordeel dat de arts niet aan alle zorgvuldigheidseisen had voldaan. Deze oordelen worden in Hoofdstuk III als casus beschreven. In alle overige gevallen kwamen de RTE's tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Een aantal van deze oordelen, die betrekking hebben op complexe meldingen, wordt tevens in Hoofdstuk III als casus beschreven. In Hoofdstuk IV is een overzicht van de werkzaamheden van de RTE's opgenomen.

Psychiatrische aandoeningen

In 41 meldingen van euthanasie werd de grondslag van het lijden van patiënten gevormd door een psychiatrische aandoening. In 2012 en 2013 waren dit er respectievelijk 14 en 42. Geconcludeerd kan worden de eerder geconstateerde stijging van het aantal van deze meldingen zich in 2014 niet heeft doorgezet. Van de 41 in het verslagjaar ontvangen meldingen zijn er door de RTE's 36 in 2014 beoordeeld. Daarnaast zijn 14 meldingen, die in 2013 waren binnengekomen, in 2014 door de RTE's beoordeeld. In totaal zijn derhalve 50 meldingen beoordeeld in 2014. In één zaak werd het oordeel gegeven dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld (*zie casus 2014-01).* In alle andere meldingen is geoordeeld dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. Van de 50 afgedane meldingen was in 20 gevallen de meldend arts een psychiater, in 30 gevallen een huisarts, een medisch specialist, een specialist ouderengeneeskunde of een andere arts. In 19 gevallen was de arts verbonden aan de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK).

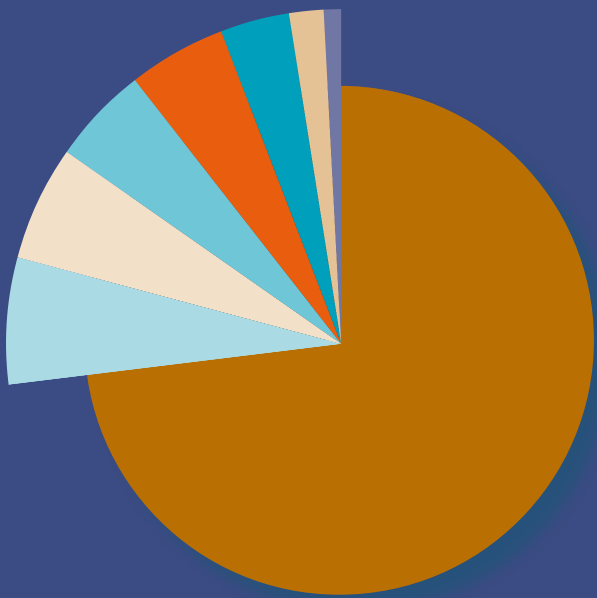
In 2014 was er veel aandacht voor de toename van het aantal meldingen van psychiatrische casus. In februari 2014 werd de factsheet "Euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening" door de KNMG gepubliceerd. Naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer heeft de Minister van VWS gezegd te willen bevorderen dat de oordelen van de RTE's in psychiatrische casus op de website worden geplaatst. [2]
Gezien de aanhoudende belangstelling in de samenleving voor deze casuïstiek is een groot aantal oordelen, geanonimiseerd en voorzien van een korte samenvatting, op de website van de RTE's[3] gepubliceerd. In 2014 zijn bij voorrang alle in 2013 afgedane oordelen op de website van de RTE's gepubliceerd.[4]
Ook heeft er op 4 juni 2014 een rondetafelgesprek plaatsgevonden over het onderwerp "Euthanasie en psychiatrie".[5]
In het Algemeen Overleg van november 2014 heeft de Minister van VWS de wens te kennen gegeven dat de Richtlijn van de NVvP op alle artsen van toepassing wordt verklaard en dat de deskundigheid op dit gebied in de RTE's wordt verankerd.[6] In het voorjaar van 2015 kon in een vacature voor een arts-lid een psychiater als lid in de RTE's worden benoemd.

2 *Kamerstukken II* 2013/14, 32647, 20.
3 Zie noot 1.
4 Zie noot 1.
5 *Kamerstukken II*, 2013/14, 32647, 28.
6 *Kamerstukken II*, 2013/14, 32647, 40.



MELDENDE ARTSEN 2014

huisarts	4678
medisch specialist in ziekenhuis	175
specialist ouderengeneeskunde	191
arts in opleiding tot specialist	25
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	237
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*227*



AARD VAN DE AANDOENINGEN 2014

kanker	3888
aandoeningen van het zenuwstelsel	317
overige aandoeningen	291
multipele ouderdomsaandoeningen	257
hart- en vaataandoeningen	247
longaandoeningen	184
dementie	81
psychiatrische aandoeningen	41

De RTE's hebben op hun jaarlijkse themadag op 3 april 2014 uitgebreid aandacht besteed aan het onderwerp "euthanasie en psychiatrie" en daarbij externe deskundigen uitgenodigd. In hoofdstuk III zijn drie casus opgenomen waarin psychiatrische problematiek de grondslag voor het lijden was: *casus 2014-01, 2014-70 en 2014-72*. In *casus 2014-37* speelde naast somatiek ook psychiatrie een rol bij het lijden.

Dementie

In 81 meldingen die in 2014 door de RTE's zijn ontvangen, werd de grondslag van het lijden van patiënt gevormd door een dementie-beeld. In 2013 waren dit 97 meldingen. In verreweg de meeste gevallen ging het om patiënten die zich in de beginfase van een proces van dementering bevonden, dat wil zeggen de fase waarin zij nog inzicht hadden in hun ziekte en in de symptomen, zoals verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Zij werden wilsbekwaam geacht ten aanzien van hun verzoek omdat zij de gevolgen van hun verzoek (nog) konden overzien. In 14 gevallen was de arts verbonden aan de SLK. Alle 81 dementie casus werden door de RTE's als 'zorgvuldig' beoordeeld. Naast deze 81 meldingen speelde bij 12 meldingen dementie een rol naast een andere aandoening, bijvoorbeeld kanker of de ziekte van Parkinson. Ook in deze gevallen kwamen de RTE's tot het oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. In hoofdstuk III zijn *casus 2014-3 en 2014-35* opgenomen waarin dementie de grondslag van het lijden vormde.

WERKWIJZE RTE'S, ONTWIKKELINGEN

VO's en NVO's

In 2014 bestond 80 % van het aantal ontvangen meldingen uit "niet vragen oproepende meldingen" (hierna: NVO-meldingen).
Meldingen werden als NVO geselecteerd wanneer de secretaris van de commissie de inschatting kon maken dat de gegeven informatie zo volledig was en het zo waarschijnlijk was dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan dat de commissie in staat zou zijn deze digitaal te beoordelen. De als NVO geselecteerde meldingen konden vrijwel altijd op digitale wijze door de commissie worden besproken en beoordeeld en – daarmee zonder vertraging – verder worden afgehandeld. Zie bijvoorbeeld *casus 2014-12 en 2014-16*.
Een klein aantal als NVO geselecteerde meldingen werd alsnog als VO melding in de commissievergadering besproken.
De overige 20% van het aantal ontvangen meldingen, die wel – mondeling te bespreken – vragen opriepen (hierna: VO-meldingen), werden door de RTE's beoordeeld in de maandelijkse commissievergaderingen.
Dankzij de in 2012 ingevoerde werkwijze en de uitbreiding van het aantal commissieleden en medewerkers van de secretariaten zijn in 2013 en 2014 de in voorafgaande jaren ontstane achterstanden ingelopen. Inmiddels is de gemiddelde tijd tussen de ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de RTE's 47 dagen.[7]
De RTE's hebben in 2014 geen klachten ontvangen met betrekking tot de afhandeling van meldingen. Zoals vorig jaarverslag vermeld hebben de RTE's besloten een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan de tekst voor een klachtenreglement, waarin de procedure en de bevoegdheden en samenstelling van de klachtencommissie nader worden geregeld. Naar verwachting zal dit klachtenreglement dit najaar openbaar worden gemaakt door plaatsing op de website van de RTE's.

7 Artikel 9 WTL: de RTE's brengen hun gemotiveerde oordeel uit binnen zes weken na ontvangst van de melding, deze termijn kan eenmaal voor zes weken worden verlengd.

Harmonisatie

In 2014 hebben de RTE's als zij voornemens waren het oordeel uit te spreken dat de arts *niet* heeft gehandeld conform één of meer zorgvuldigheidseisen, het voorgenomen oordeel plus het bijbehorende dossier – digitaal – voor advies en commentaar voorgelegd aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's. Ook zijn van verschillende meldingen die een gecompliceerde casus betreffen het concept-oordeel dat de arts *wel* conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's voorgelegd. In al deze gevallen wilde de commissie die de discussie aanhangig maakte graag de visie vernemen van de andere commissieleden op haar concept-oordeel en op de overwegingen die zij daarin had opgenomen. In de praktijk blijkt deze interne uitwisseling van argumenten en overwegingen een waardevol instrument te zijn om te komen tot harmonisatie van (be)oordelen. Tevens ontstaat er op deze manier binnen de RTE's een draagvlak voor beslissingen in de meer gecompliceerde casus. Nadat de discussie is gesloten, is het aan de *oorspronkelijke commissie van drie* (arts, ethicus, jurist) om – alles afwegende – tot een eindoordeel te komen.
Ook de afloopberichten van IGZ en het OM en de daarin opgenomen overwegingen (zie Bijlage I) dragen bij aan de harmonisatie van (be)oordelen. Naast de hiervoor genoemde interne discussies over individuele casuïstiek, beleggen de RTE's ook themabijeenkomsten over actuele onderwerpen om meer in het algemeen te spreken over de ontwikkelingen in het "veld".

Secretariaten RTE naar ESTT

Op 1 juli 2014 zijn binnen het Ministerie van VWS de secretariaten van de RTE's en het secretariaat van de Centrale deskundigencommissie Late zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij pasgeborenen (hierna: commissie LZA-LP) ondergebracht in een nieuwe directie. Deze directie Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (hierna: ESTT) omvat tevens de secretariaten voor de Tuchtcolleges in de Gezondheidszorg. Genoemde secretariaten zijn apart georganiseerd.
De onafhankelijkheid van de beoordeling door de RTE's, de commissie LZA-LP en de Tuchtcolleges blijft gewaarborgd.
Drs. Iris van den Hauten-Hinnen, directeur, en drs. Rik Poelstra, adjunct directeur, vormen het management team van de directie ESTT.

OVERIGE ONTWIKKELINGEN

De betekenis van de schriftelijke wilsverklaring

Naar aanleiding van de maatschappelijke discussie over de betekenis en waarde van de schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie heeft de Minister van VWS medio 2013 de ambtelijke werkgroep "Schriftelijke wilsverklaring bij euthanasie" ingesteld bestaande uit medewerkers van VWS, V&J en KNMG [8]. De ambtelijke werkgroep kreeg als opdracht om juridische en praktische duidelijkheid te bieden omtrent de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring bij wilsonbekwame patiënten zoals wettelijk is verankerd in artikel 2, tweede lid, van de Euthanasiewet.[9]

8 Kamerstukken II 2012/2013, 32 647, nr. 16.

9 Artikel 2, tweede lid, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, luidt als volgt: "Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing".

De werkzaamheden van de werkgroep zijn verdeeld over drie fasen. In haar brief van 4 juli 2014[10] heeft de Minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de eerste en tweede fase van het onderzoek te weten een analyse van de parlementaire behandeling, de wetsgeschiedenis van artikel 2 lid 2 van de Euthanasiewet en een analyse van de jurisprudentie.[11] De analyse van de wetsgeschiedenis is door de ambtelijke werkgroep zelf gedaan en de analyse van de jurisprudentie is uitgevoerd door de vakgroep Strafrecht van de Erasmus Universiteit Rotterdam, in opdracht van het wetenschappelijk onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie.
De derde fase betreft een inventarisatie van de knelpunten in de praktijk, uitgevoerd door ZonMw. Aan beide analyses en het onderzoek van ZonMw hebben de RTE's een bijdrage geleverd.
Het uiteindelijke doel van de werkgroep is het opstellen van twee handreikingen, één voor artsen en andere zorgprofessionals en één voor burgers en patiënten. Ook aan de totstandkoming van deze beide handreikingen dragen de RTE's desgevraagd bij.
Naar verwachting zal de handreiking voor burgers en patiënten in het najaar van 2015 verschijnen.

Orgaandonatie na euthanasie

Met enige regelmaat worden artsen geconfronteerd met patiënten die na euthanasie organen willen doneren. De meeste patiënten die door euthanasie overlijden kunnen vanwege hun aandoening (vaak een maligniteit) geen orgaandonor zijn. In sommige situaties is orgaandonatie na euthanasie wel mogelijk, met name bij patiënten met neurodegeneratieve aandoeningen als ALS, MS, of een psychiatrische aandoening. Tot op heden is deze combinatie van procedures in Nederland ruim tien keer uitgevoerd. In België bestaat meer ervaring met deze combinatie.
De WTL doet geen uitspraken over wat er na de euthanasie met het lichaam mag gebeuren en staat aan orgaandonatie na euthanasie in principe dan ook niet in de weg. Om te voorkomen dat het verzoek om euthanasie beïnvloed wordt door de mogelijkheid van orgaandonatie is het van belang dat het verzoek om orgaandonatie pas wordt beoordeeld door de arts als duidelijk is dat aan de zorgvuldigheidscriteria voor euthanasie is voldaan.
Orgaandonatie na euthanasie is een complexe combinatie van procedures omdat het onder andere nodig is dat de euthanasie in het ziekenhuis uitgevoerd wordt. Dit betekent doorgaans dat de patiënt voor de euthanasie naar het ziekenhuis moet worden gebracht. Ook moeten beide procedures strikt van elkaar gescheiden blijven, maar zij moeten – vanwege de snelheid waarmee moet worden gehandeld – wel goed op elkaar worden afgestemd. Dit vereist goede samenwerking en coördinatie.
Om deze coördinatie te bereiken en de procedure zorgvuldig te laten verlopen bereidt een werkgroep vanuit verschillende universiteiten momenteel een handreiking aan artsen voor. Deze handreiking beschrijft hoe artsen kunnen handelen die geconfronteerd worden met een patiënt die een verzoek doet om na euthanasie de organen te doneren. De RTE's hebben op een concept van deze handreiking een reactie gegeven.

Digitaal invullen verslagmodel

In verband met het toenemende aantal meldingen en daarmee het aantal meldingen dat zich ervoor leent als NVO digitaal (en daarmee sneller) te worden beoordeeld, is het van belang dat de arts zelf bij de melding voldoende en duidelijk leesbare informatie verstrekt.

10 Kamerstukken II 2013/2014, 32 647, nr .20.
11 Met jurisprudentie wordt in het onderzoek van het WODC/EUR bedoeld zowel de rechtspraak van de straf-, de civiele en medische tuchtrechter, als de oordelen van de regionale toetsingscommissies euthanasie.

In 2014 hebben de RTE's enkele artsen verzocht het verslagmodel opnieuw in te vullen, omdat het slecht leesbaar was en/of onvoldoende informatie bevatte om alle zorgvuldigheidseisen te toetsen. *Casus 2014-23* is hiervan een voorbeeld.

Ook hebben zij artsen die nog geen gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om het verslagmodel digitaal in te vullen, in het oordeelbericht bij het oordeel verzocht om bij een eventuele volgende melding het verslagmodel digitaal in te vullen.
Het verslagmodel is te downloaden op de volgende websites:
www.euthanasiecommissie.nl en www.knmg.nl.

OVERZICHT VAN MELDINGEN 2014

Overzicht van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014

MELDINGEN De RTE's ontvingen in dit verslagjaar 5306 meldingen.

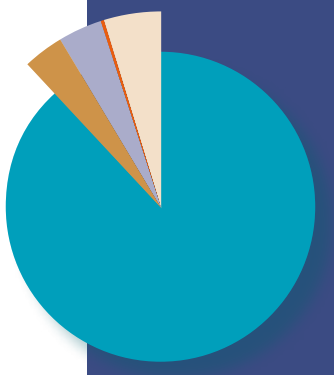
EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 5033 gevallen was er sprake van euthanasie (d.w.z. actieve levensbeëindiging op verzoek van patiënt), in 242 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 31 gevallen betrof het een combinatie van beide.

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 4309 gevallen thuis plaats, in 171 gevallen in een ziekenhuis, in 184 gevallen in een verpleeghuis, in 239 gevallen in een verzorgingshuis, in 326 gevallen in een hospice en in 77 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

BES-EILANDEN De RTE's ontvingen in dit verslagjaar geen melding uit de BES-eilanden.

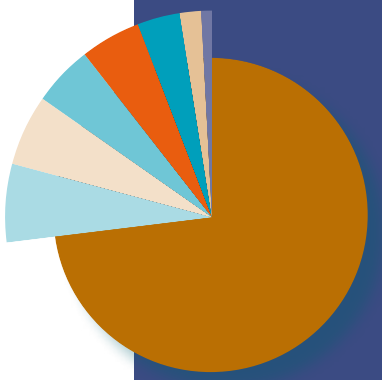
BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De RTE's achtten zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. In dit verslagjaar kwamen de RTE's 4 maal tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de RTE's was 47 dagen.



MELDENDE ARTSEN

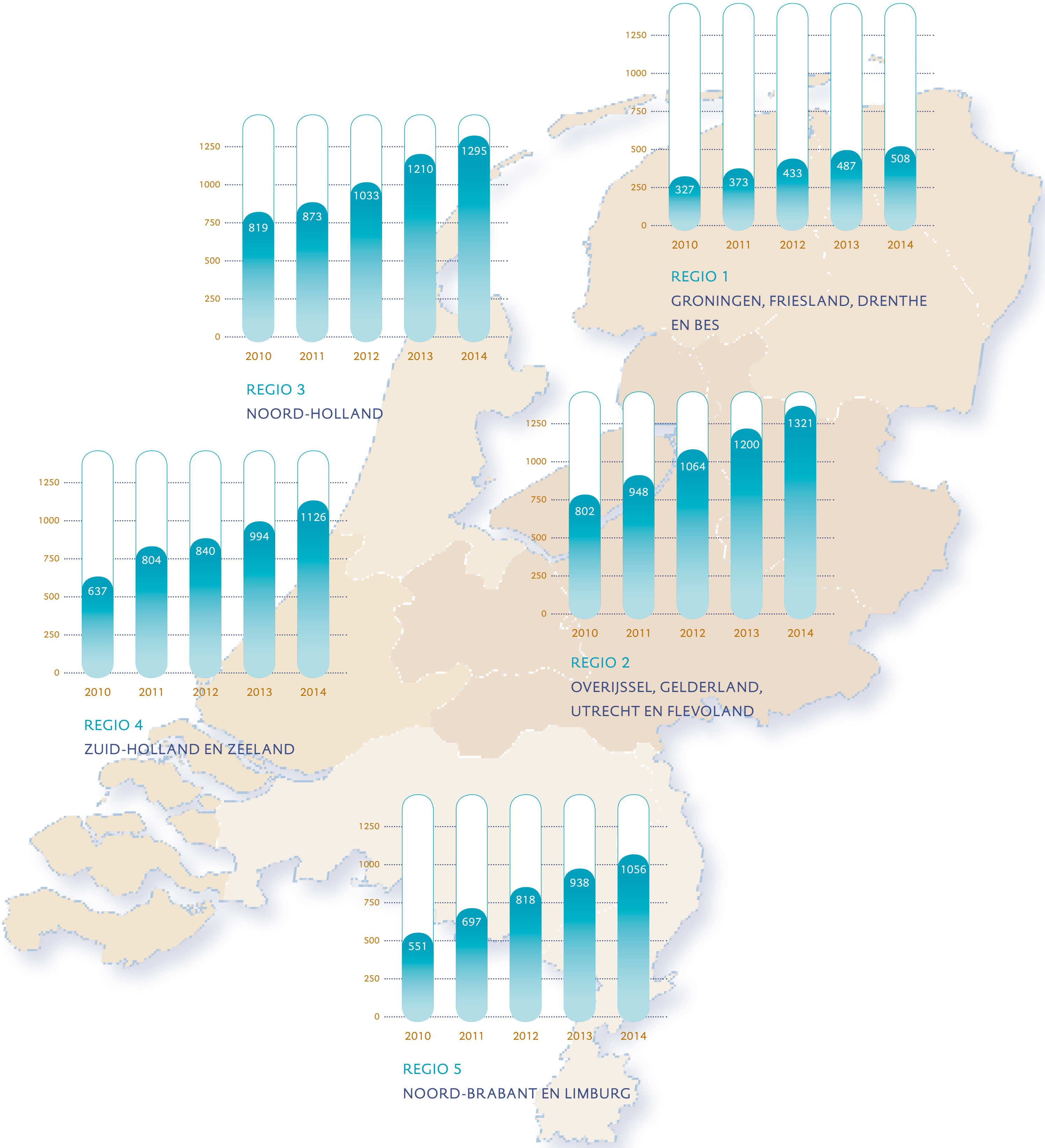
huisarts	4678
medisch specialist in ziekenhuis	175
specialist ouderengeneeskunde	191
arts in opleiding tot specialist	25
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	237
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*227*



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	3888
aandoeningen van het zenuwstelsel	317
overige aandoeningen	291
multipele ouderdomsaandoeningen	257
hart- en vaataandoeningen	247
longaandoeningen	184
dementie	81
psychiatrische aandoeningen	41

AANTAL MELDINGEN EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING PER REGIO



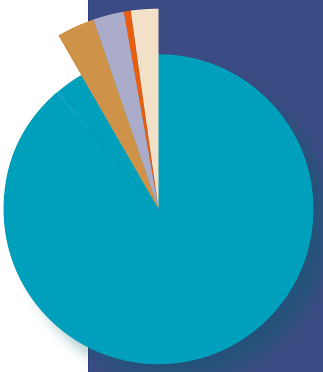
OVERZICHT VAN MELDINGEN 2014 PER REGIO

REGIO 1 GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES

Overzicht van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014

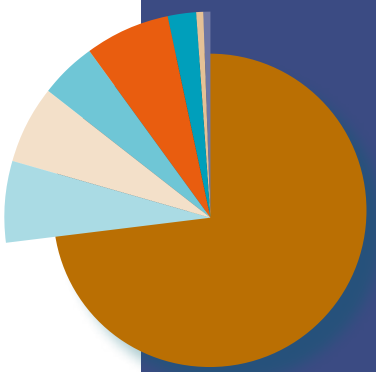
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 508 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 475 gevallen was er sprake van euthanasie, in 30 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 3 gevallen betrof het een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	466
medisch specialist in ziekenhuis	16
specialist ouderengeneeskunde	13
arts in opleiding tot specialist	3
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	10
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*19*



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	372
aandoeningen van het zenuwstelsel	32
overige aandoeningen	31
multipele ouderdomsaandoeningen	23
hart- en vaataandoeningen	34
longaandoeningen	11
dementie	3
psychiatrische aandoeningen	2

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 425 gevallen thuis plaats, in 11 gevallen in een ziekenhuis, in 16 gevallen in een verpleeghuis, in 30 gevallen in een verzorgingshuis, in 20 gevallen in een hospice en in 6 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

BES-EILANDEN De commissie ontving in dit verslagjaar geen melding uit de BES-eilanden.

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 10 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 31 dagen.

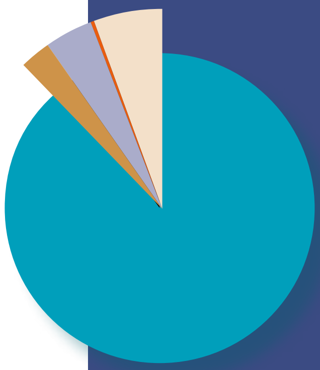
REGIO 2

OVERIJSSEL, GELDERLAND, UTRECHT EN FLEVOLAND

Overzicht van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014

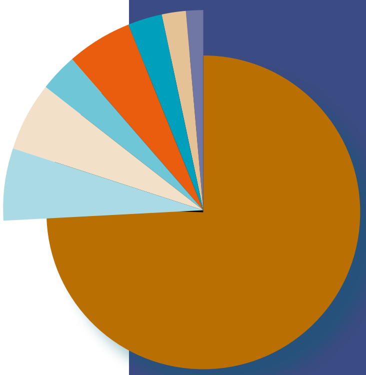
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 1321 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 1255 gevallen was er sprake van euthanasie, in 54 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 12 gevallen betrof het een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	1161
medisch specialist in ziekenhuis	33
specialist ouderengeneeskunde	53
arts in opleiding tot specialist	1
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	73
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*60*



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	980
aandoeningen van het zenuwstelsel	78
overige aandoeningen	74
multipele ouderdomsaandoeningen	40
hart- en vaataandoeningen	69
longaandoeningen	37
dementie	26
psychiatrische aandoeningen	17

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 1084 gevallen thuis plaats, in 37 gevallen in een ziekenhuis, in 44 gevallen in een verpleeghuis, in 57 gevallen in een verzorgingshuis, in 82 gevallen in een hospice en in 17 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 13 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in één geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

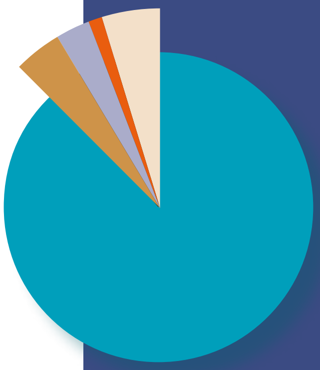
DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 45 dagen.

REGIO 3 NOORD-HOLLAND

Overzicht van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014

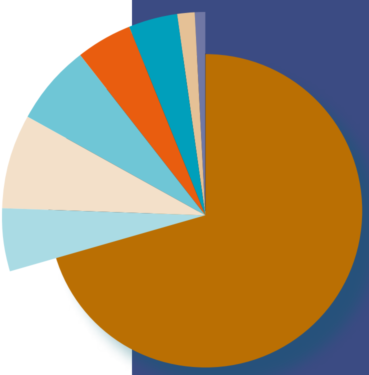
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 1295 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 1198 gevallen was er sprake van euthanasie, in 90 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 7 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	1134
medisch specialist in ziekenhuis	51
specialist ouderengeneeskunde	38
arts in opleiding tot specialist	14
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	58
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*32*



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	914
aandoeningen van het zenuwstelsel	67
overige aandoeningen	97
multipele ouderdomsaandoeningen	83
hart- en vaataandoeningen	57
longaandoeningen	49
dementie	18
psychiatrische aandoeningen	10

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 1028 gevallen thuis plaats, in 61 gevallen in een ziekenhuis, in 43 gevallen in een verpleeghuis, in 58 gevallen in een verzorgingshuis, in 83 gevallen in een hospice en in 22 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in geen geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

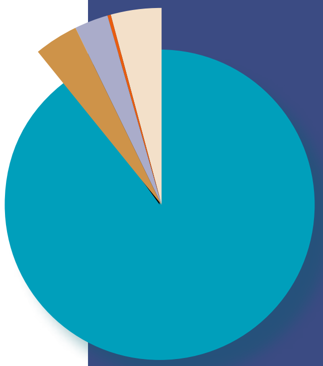
DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 61 dagen.

REGIO 4 ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Overzicht van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014

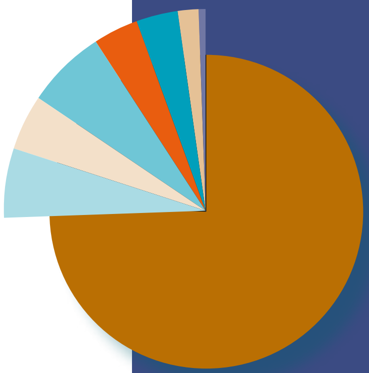
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 1126 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 1076 gevallen was er sprake van euthanasie, in 45 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 5 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	1005
medisch specialist in ziekenhuis	41
specialist ouderengeneeskunde	30
arts in opleiding tot specialist	4
arts met een andere achtergrond (bijvoorbeeld een basisarts of een niet praktiserend arts)	46
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*74*



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	839
aandoeningen van het zenuwstelsel	64
overige aandoeningen	50
multipele ouderdomsaandoeningen	71
hart- en vaataandoeningen	42
longaandoeningen	35
dementie	20
psychiatrische aandoeningen	5

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 938 gevallen thuis plaats, in 24 gevallen in een ziekenhuis, in 43 gevallen in een verpleeghuis, in 42 gevallen in een verzorgingshuis, in 60 gevallen in een hospice en in 19 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in twee gevallen tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

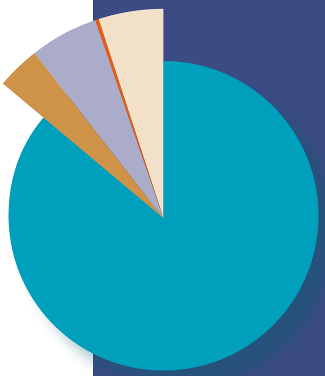
DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 52 dagen.

REGIO 5 NOORD-BRABANT EN LIMBURG

Overzicht van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014

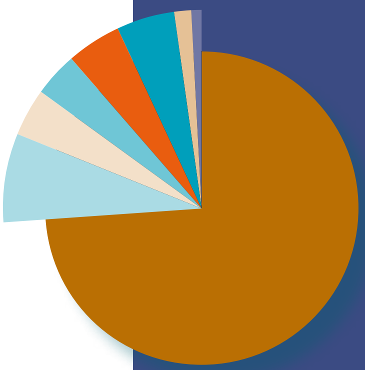
MELDINGEN De commissie ontving in dit verslagjaar 1056 meldingen.

EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING In 1029 gevallen was er sprake van euthanasie en in 23 gevallen van hulp bij zelfdoding en in 4 gevallen was er sprake van een combinatie van beide.



MELDENDE ARTSEN

huisarts	912
medisch specialist in ziekenhuis	34
specialist ouderengeneeskunde	57
arts in opleiding tot specialist	3
arts met een andere achtergrond (bijv. een basisarts of een niet praktiserend arts)	50
waarvan verbonden aan de Levenseindekliniek	*42*



AARD VAN DE AANDOENINGEN

kanker	783
aandoeningen van het zenuwstelsel	76
overige aandoeningen	39
multipele ouderdomsaandoeningen	40
hart- en vaataandoeningen	45
longaandoeningen	52
dementie	14
psychiatrische aandoeningen	7

INSTELLINGEN De levensbeëindiging vond in 834 gevallen thuis plaats, in 38 gevallen in een ziekenhuis, in 38 gevallen in een verpleeghuis, in 52 gevallen in een verzorgingshuis, in 81 gevallen in een hospice en in 13 gevallen elders (bijvoorbeeld bij familie).

BEVOEGDHEID EN EINDOORDEEL De commissie achtte zich ten aanzien van alle meldingen bevoegd om te oordelen. De commissie kwam 12 maal bijeen. In dit verslagjaar kwam de commissie in 1 geval tot het oordeel dat de arts niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.

DUUR BEOORDELING De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en de verzending van het oordeel van de commissie was 46 dagen.

H.III

CASUÏSTIEK

ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Tot en met 2013 werd in Hoofdstuk II van het Jaarverslag een overzicht gegeven van de wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, zoals opgenomen in de WTL, interpreteren en toepassen en de belangrijkste ontwikkelingen daarbij, geïllustreerd met casuïstiek. Nu de code in april 2015 is gepubliceerd is dit de "beleidslijn" voor de RTE's. In dit hoofdstuk zijn daarom naast casuïstiek nog slechts verwijzingen naar de Code of Practice opgenomen.[12]

De RTE's toetsen achteraf het handelen van de meldend arts aan de hand van de in artikel 2 van de WTL vastgelegde zorgvuldigheidseisen.
Deze zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;

b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;

c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;

d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;

e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a. tot en met d.;

f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

De commissies toetsen de zorgvuldigheid van het handelen van de meldende arts. Zij toetsen aan de wet, de wetsgeschiedenis en de relevante jurisprudentie en houden daarbij ook rekening met eerdere uitspraken van de commissies en met beslissingen van het OM en de IGZ in de gevallen waarin een commissie oordeelde dat de arts niet conform de zorgvuldigheidseisen had gehandeld. Dat houdt in dat moet komen vast te staan dat is voldaan aan de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen c, e en f en dat de arts, gelet op de omstandigheden van het geval, aannemelijk kan maken dat hij in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen a, b en d.
De arts dient hiertoe bij zijn melding aan de lijkschouwer een beredeneerd verslag te voegen (artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging).

12 Zie noot 1.

SELECTIE CASUÏSTIEK

Allereerst zijn twee voorbeelden van zogenoemde NVO-meldingen opgenomen. De overige casuïstiek betreft VO-meldingen. In deze casuïstiek komen achtereenvolgens het vereiste van een beredeneerd verslag en de verschillende zorgvuldigheidseisen van de WTL aan bod. Deze bevat samengevatte oordelen en is toegespitst op de belangrijkste aspecten van de melding en de overwegingen van de commissie. Tenslotte is enige casuïstiek die betrekking heeft op euthanasie in geval van psychiatrische aandoening en dementie apart weergegeven, dit mede vanwege de grote belangstelling die hiervoor in de samenleving bestaat. De integrale tekst van de als casus beschreven oordelen is – onder hetzelfde nummer – te vinden op de website van de RTE's, oordelen 2014 VO en NVO.[13]

NVO-MELDINGEN

De als NVO geselecteerde meldingen konden in 2014 vrijwel allemaal op digitale wijze door de commissie worden besproken en beoordeeld. Zoals beschreven in Hoofdstuk I gaat het hier om ongeveer 80% van alle meldingen. Om in deze meldingen inzicht te geven is hieronder van twee NVO meldingen het oordeel opgenomen.

CASUS 2014-12

Zie voor de integrale tekst ook oordeel 2014-12 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

AANDACHTSPUNT: NVO-melding

SAMENVATTING: Patiënt, een man van 50-60 jaar, was sinds twee jaar bekend met ALS. Hij leed onder verminderde spiercontrole, benauwdheid, hypoventilatie, overmatige speekselvloed en toenemende communicatie- en slikproblemen. Patiënt was extreem vermoeid en volledig rolstoel- en zorgafhankelijk. Hij was ook bang om te stikken. Patiënt wilde de regie in eigen hand houden en bewust en op een waardige manier afscheid nemen. Omdat hij niet meer kon praten communiceerde hij via een spraakapplicatie op zijn computer.

Bij patiënt, een man van 50-60 jaar, werd twee jaar voor het overlijden ALS vastgesteld. Sindsdien had patiënt een steeds verdergaande verslechtering doorgemaakt. In de laatste weken voor het overlijden ging zijn toestand snel achteruit. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Het lijden van patiënt bestond uit verminderde spiercontrole, progressieve benauwdheid en hypoventilatie. Tevens had hij last van overmatige speekselvloed en toenemende communicatie- en slikproblemen. Patiënt was extreem vermoeid en kampte met een gebrek aan energie. Hij was volledig rolstoel- en zorgafhankelijk geworden. Hij leed onder de toenemende klachten en de angst om te stikken. Patiënt gaf aan dat hij "op" was. Hij wilde de regie in eigen hand houden en wilde bewust en op een waardige manier afscheid nemen.
Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.
Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënt voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin hij zich bevond en zijn vooruitzichten.
Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.
Ruim een week voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

13 Zie noot 1.

Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt vijf dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Omdat patiënt niet meer kon praten communiceerde hij via een spraakapplicatie op zijn computer.
De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt.
In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.
De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënt voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. De arts is met patiënt tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënt heeft gezien en schriftelijk haar oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.
De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

CASUS 2014-16

Zie voor de integrale tekst ook oordeel 2014-16 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

AANDACHTSPUNT: NVO-melding

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, had pericard- en pleuravocht, hartfalen en pulmonale hypertensie. Het lijden van patiënte bestond uit hevige benauwdheid bij geringe inspanning. Zij was nergens meer toe in staat, volledig bedlegerig en afhankelijk van zorg en kampte met gevoelens van machteloosheid. Patiënte leed ook onder het gebrek aan kwaliteit van leven, de angst om te stikken en de uitzichtloosheid van haar situatie.

Patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, had sinds negen jaar voor het overlijden pericard- en pleuravocht. Vanaf acht jaar voor het overlijden had zij hartfalen. Er was sprake van een geleidelijk progressieve achteruitgang met recidiverend pleuravocht. Een jaar voor het overlijden werd pulmonale hypertensie geconstateerd. De toestand van patiënte verslechterde in de laatste maanden voor het overlijden. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Het lijden van patiënte bestond uit hevige benauwdheid bij geringe inspanning. Patiënte was nergens meer toe in staat en kampte met gevoelens van machteloosheid. Zij was volledig bedlegerig en afhankelijk van de zorg van anderen geworden. Patiënte leed onder het gebrek aan kwaliteit van leven en de angst om te stikken. Tevens leed zij onder de uitzichtloosheid van haar situatie.

Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.
Er waren geen voor patiënte aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten.
Uit de stukken kan worden afgeleid dat de arts en de specialisten patiënte voldoende hebben voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten.
Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken.
Ruim een week voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënte twee dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.
In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts heeft de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.
De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De commissie overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De arts heeft de patiënte voldoende voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die patiënte heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen. De arts heeft de levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitgevoerd.
De arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

BEREDENEERD VERSLAG

CASUS 2014-23

Vereiste van beredeneerd verslag als bedoeld in artikel 7 tweede lid van de Wet op de lijkbezorging juncto artikel 8, eerste en tweede lid WTL en de artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid Wetboek van Strafrecht. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-23 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

AANDACHTSPUNTEN: leesbaarheid verslag; verslag moet voldoende informatie bevatten

SAMENVATTING: Het in eerste instantie door de arts opgestelde handgeschreven verslag was slecht leesbaar en bevatte onvoldoende gegevens. Ook de door de arts bijgevoegde stukken boden onvoldoende aanvullende informatie. De commissie kon hierdoor niet beoordelen of aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan en zag zich genoodzaakt de arts te vragen een nieuw verslag op te stellen. Het nieuwe verslag van de arts, bezien in samenhang met de eerder door hem ingediende stukken, bood de commissie voldoende gegevens voor een toetsing aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Patiënte, bekend met een gemetastaseerd longcarcinoom, had eerder herhaaldelijk met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken. Hij was bereid om, als patiënte dat zou verzoeken, hier medewerking aan te verlenen. Door omstandigheden was de eigen huisarts zes dagen voor het overlijden van patiënte echter gedwongen de behandeling van patiënte en de eventuele uitvoering van levensbeëindiging op verzoek aan de arts over te dragen. Vervolgens heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
Bij de eerste behandeling van de melding stelde de commissie vast dat het verslag van de arts handgeschreven was en daardoor moeilijk leesbaar, en dat voorts de vragen van het verslagmodel erg summier waren beantwoord. Zo bleek er niet uit dat de arts, zoals de consulent in zijn verslag wel had vermeld, kort voor het overlijden de begeleiding van patiënte van de eigen huisarts had overgenomen. Evenmin bleek welke contacten de arts vanaf dat moment met patiënte had gehad en wanneer zij de arts om euthanasie had verzocht. De commissie heeft de arts verzocht om een nieuw – digitaal ingevuld – verslag op te stellen, waarin gemotiveerd op bovenstaande punten werd ingegaan en onderbouwd werd aangeven op welke wijze hij tot de overtuiging was gekomen dat aan de verschillende zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De arts heeft vervolgens een nieuw verslag opgesteld, waarin hij de vragen van het verslagmodel uitvoeriger heeft beantwoord. Hij heeft onder meer aangegeven dat patiënte zes dagen voor het overlijden aan hem om uitvoering van de levensbeëindiging heeft verzocht. De arts heeft uitvoerig met de eigen huisarts van patiënte over de overdracht gesproken. Voorts heeft uitgebreid overleg met de longarts plaatsgevonden. Volgens de arts was sprake van een consistente en invoelbare euthanasiewens die door patiënte goed was onderbouwd.
De commissie toetst achteraf het handelen van de arts aan de hand van de zorgvuldigheidseisen vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Zij overweegt of er naar heersend wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De commissie doet dit aan de hand van de door de arts verstrekte gegevens. In dit geval was het in eerste instantie door de arts opgestelde verslag slecht leesbaar en bevatte het onvoldoende gegevens om de hier bedoelde toetsing te doen. De door de arts bijgevoegde stukken boden voorts onvoldoende aanvullende informatie. De commissie zag zich hierdoor genoodzaakt de arts te vragen om een nieuw verslag op te stellen. Het nieuwe verslag van de arts, bezien in samenhang met de eerder door hem ingediende stukken, bood de commissie voldoende gegevens voor een toetsing aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

CASUS 2014-25

In deze casus is de toestand van verlaagd bewustzijn bij patiënte ontstaan door medicatie en is daarmee in beginsel reversibel. Naar het oordeel van de RTE's is het inhumaan om dan, enkel met als doel de patiënt de ondraaglijkheid van het lijden te laten bevestigen, de verlaging van het bewustzijn op te heffen. In deze situatie kan de arts de euthanasie uitvoeren indien de patiënt eerder mondeling of in een schriftelijke wilsverklaring om uitvoering van de euthanasie heeft verzocht. Zie voor verlaagd bewustzijn de Code of Practice p. 29 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-25 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: vrijwillig en weloverwogen verzoek

AANDACHTSPUNT: verlaagd bewustzijn

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 50-60 jaar die leed aan gemetastaseerde kanker van de baarmoeder, kampte met ernstige benauwdheid. Zij had mondeling en schriftelijk aangegeven dat wanneer zij om die reden gesedeerd zou moeten worden, zij euthanasie wenste. Op de dag van de levensbeëindiging was de situatie van patiënte verslechterd en vroeg zij om zo spoedig mogelijke uitvoering van de euthanasie. Enkele uren voor de uitvoering diende de arts patiënte midazolam toe, waarbij patiënte aangaf niet meer wakker te willen worden. Uiteindelijk viel zij in een onrustige slaap. Conform het euthanasieverzoek van patiënte en de door haar ondertekende verklaring omtrent de wens tot euthanasie in geval van een verlaagd bewustzijn heeft de arts vervolgens de levensbeëindiging uitgevoerd.

Bij patiënte, een vrouw van 50-60 jaar, werd ongeveer een jaar voor het overlijden een leiomyosarcoom van de uterus vastgesteld. Patiënte onderging hiervoor een operatie, maar desondanks werden een half jaar voor het overlijden long- en buikvliesmetastasen vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Het lijden van patiënte bestond uit ernstige dyspnoe ondanks maximale therapie ten gevolge van tumorgroei in de longen. Patiënte kon alleen nog rechtop zitten en kon niet meer tot rust komen. Doordat zij veel hoestte, sliep zij slecht. Zij raakte in toenemende mate uitgeput. Daarnaast kampte zij met fors oedeem. Na enkele keren bloed te hebben opgehoest, kampte patiënte met een reële angst voor een fatale longbloeding. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk. Zij wenste waardig te mogen overlijden.
Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken.
Ongeveer tweeënhalve week voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Daarna heeft zij haar verzoek nog meermaals herhaald. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.
De arts raadpleegde tweemaal dezelfde onafhankelijke SCEN-arts als consulent. De eerste maal bezocht de consulent patiënte twee weken voor de levensbeëindiging nadat de consulent door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in het consultatieverslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Ten tijde van dit consultatiebezoek gaf patiënte aan nog niet ondraaglijk te lijden. Wanneer echter de benauwdheid en de pijn ernstiger zouden worden en patiënte afhankelijk zou worden, zou voor haar de grens bereikt zijn. Ook als zij gesedeerd zou worden in verband met dyspnoe of een bloeding wenste zij euthanasie. In het eerste consultatieverslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat nog niet aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Op de dag van de levensbeëindiging raadpleegde de arts de consulent opnieuw in een telefoongesprek. De arts informeerde de consulent over de verslechterde situatie van patiënte. De arts gaf aan dat patiënte bedlegerig was en niet meer kon spreken of slapen wegens de dyspnoe. De arts gaf aan dat patiënte die dag had gevraagd om zo spoedig mogelijke uitvoering van de euthanasie.
In het tweede consultatieverslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met de arts tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Enkele uren voor de uitvoering van de levensbeëindiging heeft de arts patiënte wegens forse ademnood 15 mg midazolam toegediend, waarbij patiënte aangaf absoluut niet meer wakker te willen worden. Een half uur later was patiënte wat suf, maar nog aanspreekbaar. Ongeveer twee uur na deze toediening heeft patiënte nogmaals 15 mg midazolam toegediend gekregen. Daarop viel zij in een onrustige slaap. Patiënte hapte naar lucht, zag grauw en zat in een half voorovergebogen houding. Conform het euthanasieverzoek van patiënte en de door haar ondertekende verklaring omtrent de wens tot euthanasie in geval van een verlaagd bewustzijn heeft de arts de levensbeëindiging op verzoek vervolgens ongeveer anderhalf uur na toediening van de tweede dosis midazolam uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheid en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012.
Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënte.

CASUS 2014-89

Zie voor euthanasie en palliatieve sedatie de Code of Practice p. 31 en voor onafhankelijke consulent p. 16 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-89 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: vrijwillig en weloverwogen verzoek, consultatie

AANDACHTSPUNTEN: euthanasie na palliatieve sedatie, onafhankelijkheid consulent

SAMENVATTING: Tijdens de vakantie van de arts verslechterde de situatie van patiënte plotseling ernstig. Zij verzocht de vakantiewaarnemer uitdrukkelijk om euthanasie. Deze zette palliatieve sedatie in. Direct na zijn terugkeer consulteerde de arts een SCEN-arts, omdat patiënte ondanks de sedatie nog steeds leed. De SCEN-arts wilde patiënte niet bezoeken omdat hij, bij gebrek aan een schriftelijke wilsverklaring, niet zou kunnen beoordelen of patiënte daadwerkelijk euthanasie wenste. De arts wist echter zeker dat patiënte in de toestand waarin zij verkeerde euthanasie wilde. De arts raadpleegde vervolgens als consulent de bij de sedatie betrokken anesthesioloog; die zag geen andere sedatiemogelijkheden meer.
De arts heeft aannemelijk gemaakt dat hij, ondanks de gebrekkige consultatie, tot de overtuiging kon komen dat aan de materiële zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Bij patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, werd ongeveer een half jaar voor het overlijden een recidief van een eerder behandelde nierceltumor, nu met doorgroei in de dunne darm, grote lichaamsvaten en zenuwbanen vastgesteld. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Aanvankelijk ging het, ondanks conditieverlies, nog redelijk met patiënte. Ongeveer twee weken voor het overlijden kreeg patiënte veel pijn. De vakantiewaarnemer van de arts constateerde dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed en dat daarom onmiddellijk gehandeld moest worden. Hij bood patiënte palliatieve sedatie aan omdat hij meende dat euthanasie, waar patiënte uitdrukkelijk om vroeg, op zo'n korte termijn niet kon worden uitgevoerd. De palliatieve sedatie werd ingezet door de waarnemer en vervolgens overgenomen door de arts. In de laatste vier dagen voor het overlijden werd, vanwege het moeizame verloop, de sedatie mede onder leiding van een anesthesioloog van het palliatief adviesteam uitgevoerd. De dosering van sedativa moest in verband met tekenen van aanhoudend lijden telkens opgehoogd worden. Ondanks ophoging van de sedativa bleef patiënte zeer onrustig.
Het lijden van patiënte bestond ondanks palliatieve sedatie uit onrust in de vorm van schokken, kreunen en zuchten. Zij vertoonde trekkingen die te maken leken te hebben met epileptische insulten.

Patiënte verkeerde in een situatie waarvan zij uitdrukkelijk had aangegeven dat zij daarin niet wilde belanden. Er was een gerede kans dat patiënte haar lijden, ondanks de sedatie, nog steeds als ondraaglijk ervoer. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

Patiënte had eerder met de arts en andere behandelende artsen over euthanasie gesproken. Wanneer zij ondraaglijk zou lijden, wenste zij euthanasie.
Veertien dagen voor het overlijden heeft patiënte, toen zij ernstige pijn leed, de vakantie-waarnemer van de arts meerdere keren om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
De waarnemer stond in principe achter het euthanasieverzoek maar hij meende dat hij de euthanasieprocedure niet zo snel (er was spoed geboden vanwege de snel verslechterde toestand van patiënte) rond zou krijgen.
Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

De arts belde met SCEN maar kreeg te horen dat euthanasie bij een gesedeerde, dus wilsonbekwame patiënte niet mogelijk was. De SCEN-arts zag geen aanleiding patiënte te bezoeken. Vervolgens raadpleegde de arts als consulent de anesthesioloog die bij de palliatieve sedatie betrokken was. De consulent bezocht patiënte onder andere op de dag van de levensbeëindiging. Zij was al eerder door de arts over patiënte geïnformeerd.
De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte alsook van het verloop van de palliatieve sedatie, die niet tot het beoogde resultaat had geleid.
In haar verslag gaf de consulent aan dat zij achter de beslissing van de arts stond om het leven van patiënte actief te beëindigen.
De arts voerde daarop de levensbeëindiging op verzoek uit. Op dat moment was patiënte gesedeerd.
Op verzoek van de commissie heeft de arts de gang van zaken mondeling toegelicht. Patiënte had al eerder met de arts en ook haar behandelende specialisten over euthanasie gesproken. Zij had tegenover de arts aangekondigd dat als het niet meer zou gaan, zij actieve levensbeëindiging zou wensen. Zij was daarin heel stellig geweest. De arts kende patiënte al jaren en kon daardoor de euthanasiewens (op termijn) van patiënte goed op waarde schatten. Tijdens vakantie van de arts was de toestand van patiënte onverwacht snel verslechterd. Patiënte verzocht de vakantiewaarnemer concreet om onmiddellijke euthanasie. De waarnemende collega kon niet op zo korte termijn op haar verzoek ingaan en bood als alternatief palliatieve sedatie aan. De toestand van patiënte was zo slecht dat zij dit aanbod accepteerde. De sedatie verliep niet goed; ondanks een Paladonpompje, dat al eerder was aangelegd voor de pijn, en maximale doseringen van Dormicum en Nozinan vertoonde patiënte nog steeds tekenen van lijden. De arts raadpleegde het palliatief team. De anesthesioloog van het team gaf propofol intraveneus erbij, uiteindelijk in maximale dosering. Nog steeds vertoonde patiënte tekenen van lijden. Zij leek epileptische insulten te hebben, zij was onrustig en trekkerig en grimaste. De arts was ervan overtuigd dat zij euthanasie had gewild en nu lag zij te lijden ondanks de palliatieve sedatie. De arts wilde alsnog euthanasie toepassen.
Hij belde met de SCEN-lijn. De dienstdoende SCEN-arts wist niet goed hoe hij hiermee moest omgaan en vroeg de SCEN-organisatie van de KNMG om advies. Het antwoord van de SCEN-organisatie luidde dat niet aan de zorgvuldigheidseisen zou zijn voldaan omdat het verzoek niet op papier stond en dat patiënte door het accepteren van palliatieve sedatie impliciet niet meer voor euthanasie koos. Ondanks ophogen van de doseringen van de sedativa/propofol bleef de patiënte onrustig. De arts vond dat het lijden van patiënte geen enkel doel diende en hij wist zeker dat zij euthanasie had gewild. Hij raadpleegde de anesthesioloog. Die gaf aan dat de mogelijkheden qua sederen waren uitgeput. De arts en de anesthesioloog stonden voor een farmacologisch raadsel. De arts vond dat hij geen kant

meer op kon en besloot het leven van patiënte door middel van toediening van thiopental en rocuronium te beëindigen. De anesthesioloog was het daarmee eens.
Deze beslissing was in deze noodsituatie wat de arts betreft medisch-ethisch gezien de enige juiste manier van handelen.
De commissie overwoog het volgende.

Overweging ten aanzien van het verzoek

In casu ontbrak een schriftelijke wilsverklaring van patiënte. Zij was op het moment van de levensbeëindiging, als gevolg van toediening van de medicatie, niet meer in staat om haar euthanasieverzoek te bevestigen. Patiënte heeft eerder in algemene zin de arts en andere behandelaars om euthanasie gevraagd en bij de plotselinge verslechtering van haar toestand heeft zij uitdrukkelijk in concreto de waarnemer van de arts meerdere malen om euthanasie gevraagd. De arts heeft voor de commissie voldoende aannemelijk gemaakt dat hij tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Overweging ten aanzien van de consultatie

De arts stond met zijn rug tegen de muur toen de palliatieve sedatie zeer moeizaam verliep en patiënte niet overleed en nog steeds ondraaglijk leek te lijden.
De arts wist zeker dat patiënte eigenlijk euthanasie had gewild. Hij voelde zich daarin gesteund door de vakantiewaarnemer, die had geconstateerd dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed en uitdrukkelijk om euthanasie verzocht.
De arts wilde patiënte niet nog langer laten lijden en was voornemens de euthanasie uit te voeren. Hij raadpleegde als consulent een onafhankelijk SCEN-arts die alvorens patiënte daadwerkelijk te bezoeken, zijn licht opstak bij de landelijke SCEN-organisatie. De SCEN-arts berichtte dat euthanasie niet aan de zorgvuldigheidseisen zou voldoen omdat een schriftelijke wilsverklaring ontbrak en dat door het kiezen van sedatie impliciet door patiënte zou zijn aangegeven dat zij geen euthanasie meer wilde. De SCEN-arts bezocht patiënte niet.
De arts was na dit negatieve advies nog steeds ervan overtuigd dat het zijn plicht was om het lijden van patiënte te laten stoppen. Hij wilde de euthanasie doorzetten en overlegde met de anesthesioloog die betrokken was bij de palliatieve sedatie. Laatstgenoemde zag geen andere sedatiemogelijkheden meer en stond achter de voorgenomen euthanasie. Daarop voerde de arts de levensbeëindiging op verzoek uit.
De commissie stelt vast dat de arts een onafhankelijk SCEN-arts heeft geraadpleegd. Het raadplegen van de SCEN-arts heeft alleen telefonisch plaats gevonden en leverde een negatief advies op. De arts ging opnieuw bij zichzelf te rade en was er nog steeds diep van overtuigd dat hij patiënte moest helpen. Daarop raadpleegde hij de anesthesioloog en alhoewel deze betrokken was bij de palliatieve sedatie, is de commissie van oordeel dat deze raadpleging ook van wezenlijk belang was. Immers de kern van de consultatie is het overleg tussen de arts en een collega met het doel eventuele blinde vlekken bij de arts te ondervangen. Van blinde vlekken met betrekking tot het uitzichtloos en ondraaglijk lijden was in casu geen sprake gezien de erbarmelijke toestand waarin patiënte verkeerde. Het was nog wel relevant om alternatieve behandelmogelijkheden te bespreken. Deze ontbraken, ook volgens de als niet-onafhankelijke consulent geraadpleegde anesthesioloog.
De commissie is van oordeel dat de arts, in deze zeer uitzonderlijke situatie waarin sprake was van een 'farmacologisch raadsel', na een zeer serieuze afweging, de medisch-ethisch gezien enige juiste manier van handelen heeft gekozen. De commissie is van oordeel dat de arts in de situatie die was ontstaan toen sedatie het lijden niet kon onderdrukken, alles in het werk heeft gesteld om de euthanasieprocedure zo zorgvuldig mogelijk te laten verlopen. Hoewel de arts strikt genomen niet heeft voldaan aan het vereiste van de consultatie op de wijze als in de wet voorgeschreven, is de commissie van oordeel, alle omstandigheden in aanmerking genomen en alles overwegende, dat het gebrek in de consultatie niet zodanig is dat de levensbeëindiging op verzoek in zijn geheel als onzorgvuldig zou moeten worden

aangemerkt. De arts heeft voor de commissie aannemelijk gemaakt dat hij overtuigd kon zijn dat, ondanks de gebrekkige consultatie, toch aan de materiële zorgvuldigheidseisen was voldaan.

UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

CASUS 2014-02

In de Code of Practice is op p. 7 onder 2.2. opgenomen hoe de RTE's de zorgvuldigheid van het handelen van de meldend arts toetsen; op p. 13 en verder is de zorgvuldigheidseis uitzichtloos en ondraaglijk lijden uitgewerkt. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-02 op de website.

OORDEEL: NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

AANDACHTSPUNT: arts moet aannemelijk maken dat hij in redelijkheid overtuigd kon zijn van de ondraaglijkheid van het lijden

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, werd na een tweede CVA met cognitieve stoornissen en een gemengde afasie in een verpleeghuis opgenomen. In wilsverklaringen van twintig jaar daarvoor (na haar eerste CVA nog mondeling tegenover haar huisarts bevestigd) verzocht zij om euthanasie bij blijvende opname in een verpleeghuis. Nadat haar kinderen contact hadden gezocht met de Stichting Levenseindekliniek (SLK), heeft de arts patiënte twee keer bezocht en met de kinderen gesproken. Patiënte was niet meer in staat haar wil te uiten. De arts heeft de euthanasie uitgevoerd op basis van de schriftelijke wilsverklaringen. De arts heeft bij zijn bezoeken geen tekenen van lijden waargenomen. De ondraaglijkheid van het lijden was volgens de arts gelegen in het feit dat patiënte in een verpleeghuis was opgenomen, hetgeen zij blijkens haar schriftelijke verklaringen echt niet wilde. De commissie is van oordeel dat alles bijeengenomen er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek als omschreven in art. 2, tweede lid van de wet. Het enkele feit van blijvende opname in een verpleeghuis was echter onvoldoende om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen; de arts had ook geen andere omstandigheid aangevoerd om zijn overtuiging, dat patiënte ondraaglijk leed, te onderbouwen. De arts had zich in deze zeer complexe situatie meer tijd en inspanning moeten getroosten om de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte te onderbouwen.

Patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, kreeg twee jaar voor het overlijden een CVA. Patiënte revalideerde voorspoedig en kon weer terug naar huis. Een half jaar later kreeg zij een tweede CVA. Sindsdien had patiënte een gemengde afasie, cognitieve stoornissen, mobiliteitsproblemen, was zij rolstoelgebonden en had zij last van insulten. Zij werd opgenomen in een verpleeghuis.
Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard. Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond volgens de arts uit lichamelijke en geestelijke aftakeling, niet meer (verbaal) kunnen communiceren, verlies van autonomie en regie over haar eigen leven en verlies van het vermogen om sociale contacten te onderhouden. Patiënte was volledig afhankelijk van de zorg van anderen en opgenomen in een verpleeghuis, terwijl zij in haar schriftelijke wilsverklaring van twintig jaar geleden had aangegeven dat zij bij volledige afhankelijkheid en een blijvende opname in een verpleeghuis verzoekt om euthanasie. Patiënte had haar beide kinderen als gemachtigden benoemd.

Ruim een jaar voor het overlijden heeft één van de kinderen contact gezocht met de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK). Ongeveer drie maanden voor het overlijden is er vanuit de SLK contact gezocht om de euthanasievraag te exploreren. De arts en de verpleegkundige van de SLK hebben patiënte, voorafgaande aan de uitvoering, twee keer bezocht en met de

kinderen van patiënte gesproken. De kinderen hebben drie weken voor het overlijden de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
De eigen huisarts van patiënte heeft drie maanden voor het overlijden schriftelijk bevestigd dat patiënte hem twintig jaar geleden een schriftelijke wilsverklaring heeft overhandigd en dat, uit de gesprekken die hij met patiënte in de loop van de jaren over euthanasie heeft gevoerd, hem duidelijk was dat patiënte met volle overtuiging en uit vrije wil en consequent haar wens tot het te zijner tijd ondergaan van euthanasie kenbaar heeft gemaakt.
Volgens de arts was patiënte thans niet meer in staat haar wil te uiten, maar was zij wilsbekwaam en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, toen zij haar verzoek twintig jaar geleden in een schriftelijke verklaring neerlegde en haar verzoek in meerdere gesprekken met haar eigen huisarts herhaalde.

Mondelinge toelichting arts en consulent

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondelinge toelichting over de wilsbekwaamheid van patiënte en over de ondraaglijkheid van het lijden. De arts gaf onder meer de volgende mondelinge toelichting.
De arts heeft patiënte twee keer bezocht. De eerste keer in het verpleeghuis, de tweede keer in het huis van een van haar kinderen, waar zij op dat moment met het oog op de euthanasie verbleef. Met de huisarts van patiënte heeft de arts drie maal telefonisch contact gehad. Deze huisarts speelde geen rol meer in de behandeling van patiënte vanwege de opname in het verpleeghuis.
De arts vond de afasie van patiënte een probleem bij de beoordeling van het verzoek om euthanasie, er was geen communicatie mogelijk. Hij ging daarom uit van de schriftelijke wilsverklaring van patiënte van twintig jaar geleden die door de eigen huisarts van patiënte was bevestigd. Hieruit bleek dat patiënte een opname in een verpleeghuis niet wilde. De arts beschreef de houding van patiënte tijdens zijn bezoeken. Zij zat tijdens de gesprekken ineengedoken in een rolstoel, met haar handen rond haar hoofd. Zij bleef zo zitten en leek bij het gesprek weinig betrokken. Zij gaf antwoorden die niet ter zake doende waren. De arts kon niet met haar communiceren. Een van de kinderen en partner, aanwezig bij de gesprekken, konden dit wel, hoewel het ook voor hen vaak raden was naar wat patiënte wilde.
De arts constateerde bij zijn bezoeken aan patiënte dat er geen sprake was van ondraaglijk lichamelijk lijden. Of er sprake was van geestelijk lijden kon de arts niet achterhalen. Het feit dat zij, niets meer kunnend, in een verpleeghuis moest verblijven was altijd een schrikbeeld voor patiënte geweest en nu de dagelijkse werkelijkheid, iets wat voor de arts invoelbaar was. Bij zijn bezoeken zat patiënte in elkaar gedoken. Zij had geen pijn, die was onderdrukt door medicatie. De arts dacht dat haar geestelijke toestand niet optimaal geweest zou zijn. Met name naar mannen, naar hem en naar de huisarts, was zij soms agressief. Deze buien kwamen ook voor toen zij in de periode voorafgaand aan de euthanasie bij haar kind thuis verbleef. Zij was in de ogen van de arts in een deplorabele toestand vergeleken met haar leven voor de CVA's.
Ook heeft de commissie de consulent uitgenodigd voor een mondelinge toelichting over de wilsbekwaamheid van patiënte en de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte.
Samen met een van de kinderen van patiënte heeft zij patiënte bezocht. Tijdens dat bezoek is zij ervan overtuigd geraakt dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. De consulent heeft de euthanasieverklaringen van patiënte van twintig jaar geleden gezien. Daarin stonden clausules van beginnende dementie, afhankelijkheid van anderen en opname in een verpleeghuis als situaties die voor haar ondraaglijk zouden zijn en een reden voor euthanasie moesten zijn. In deze situatie bevond patiënte zich toen de consulent werd geraadpleegd. Ook heeft zij de schriftelijke verklaring van de huisarts gezien, waaruit blijkt dat hij, na haar eerste CVA, nog met patiënte over haar euthanasiewens heeft gesproken en dat hij ervan overtuigd was dat patiënte wilsbekwaam was ten aanzien van haar euthanasieverzoek.

Patiënte lag op bed en was dolblij toen zij haar kind zag. Zij uitte woorden als "lief" en "fijn" en aaide hem. Zij begroette de consulent even en daarna keerde zij zich weer naar haar kind. Het was duidelijk dat zij haar kind kende.
De consulent probeerde met patiënte te praten over haar situatie en patiënte heeft daarop gezegd: "Gatverdamme. Dit kan niet. Dit moet niet." Toen haar kind vertelde dat zij wellicht binnenkort zou overlijden, zag de consulent dat patiënte blij was. Patiënte had sprekende ogen. De consulent was overtuigd dat patiënte zich in een situatie bevond die zij niet wilde. De consulent meent dat zij het goed getroffen had: zij is op het goede moment bij patiënte geweest. Zij heeft duidelijk contact met patiënte gehad. Patiënte gaf verbaal en non-verbaal heel duidelijk aan dat zij deze situatie niet wilde. Zij uitte de woorden "gatverdamme" en "dit is niets zo".
Volgens de consulent waren dit uitingen van lijden. In haar ogen zag de consulent heel duidelijk haar wanhoop en het ongelukkig zijn.
Het was duidelijk dat patiënte blij was en genoot van de komst van haar kind, maar zodra de consulent over haar situatie begon, vond er een omslag plaats. Patiënte keek haar toen indringend en wanhopig aan. De consulent las in haar sprekende ogen: "Haal mij hier uit".
Volgens de consulent was er geen continu lijden. Maar volgens haar heeft patiënte de ondraaglijkheid van haar lijden duidelijk laten zien op het moment dat haar situatie ter sprake werd gebracht. Na haar bezoek aan patiënte was de consulent zo overtuigd van de ondraaglijkheid van haar lijden dat zij er geen behoefte aan had om nog een keer naar patiënte toe te gaan.

Beoordeling vrijwillig en weloverwogen verzoek

Ten aanzien van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek overweegt de commissie het volgende. Vast is komen te staan dat patiënte in de periode voorafgaande aan het laatste CVA op de hoogte was gesteld van haar prognose en begreep dat zij zich in een situatie bevond waarin zij een risico liep dat zij, bij een herhaling van een CVA, zorgbehoeftig zou worden en een opname in een verpleeghuis tot de mogelijkheden zou behoren. Zij heeft in de periode van 1992 tot 1994 drie maal een schriftelijke euthanasieverklaring getekend waarin zij expliciet opnam euthanasie te wensen in een situatie waarin zij blijvend in een verpleeghuis opgenomen zou moeten worden.
In de daarop volgende jaren heeft zij haar wens met haar huisarts een aantal keren besproken. Hierover heeft de huisarts een verklaring opgesteld en zijn in het patiëntenjournaal op twee plaatsen (tussen het eerste en het tweede CVA) aantekeningen over de gevoerde gesprekken teruggevonden.
In de periode na het laatste CVA had patiënte een gemengde afasie en cognitieve stoornissen, zij werd opgenomen in een verpleeghuis. Hierop hebben haar kinderen, een jaar voor het overlijden, contact opgenomen met de SLK, waarop drie maanden voor het overlijden de arts met de kinderen en met patiënte contact heeft opgenomen.
Patiënte was ten tijde van het bezoek van de arts en de consulent niet in staat om op enigerlei wijze uitdrukking te geven aan een eventuele euthanasiewens.
De arts heeft, zoals hij ook in zijn mondelinge toelichting verklaarde, op grond van de wilsverklaringen van 1992 tot en met 1994 en de verklaring van de huisarts afgeleid dat patiënte, nu zij was opgenomen in een verpleeghuis waarvan zij expliciet heeft verklaard dat zij dat niet wilde, een actueel euthanasieverzoek had.
De commissie heeft zich afgevraagd of, nu patiënte niet in staat was haar wil te uiten, de arts op grond van het bovenstaande haar verzoek om levensbeëindiging, neergelegd in een aantal schriftelijke wilsverklaringen van ongeveer twintig jaar geleden, als een actueel verzoek, vrijwillig en weloverwogen gedaan, heeft kunnen beschouwen.
Niet ter discussie staat de vraag of patiënte ten tijde van het afleggen van haar schriftelijke verklaring tot een redelijke waardering van haar belangen in staat was. De commissie heeft op grond van het dossier geen reden om daaraan te twijfelen.

Wel kan de vraag gesteld worden of, nu deze verklaringen relatief oud zijn en niet recent schriftelijk zijn herbevestigd zij nog onverkort geldig zijn. Voor de beantwoording daarvan zoekt de commissie aansluiting bij de wetsgeschiedenis van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), waaruit blijkt dat destijds bewust is afgezien van het vereisen van een bepaalde geldigheidstermijn; de "wil kan zelfs vele jaren terug schriftelijk zijn geuit". Ook hoeft de wilsverklaring niet per se met de arts besproken te worden, "al is dat wel raadzaam, evenals het af en toe actualiseren van de verklaring".
Na het opstellen van de schriftelijke wilsverklaringen in de periode 1992-1994 is de euthanasiewens nog met een zekere regelmaat onderwerp van gesprek tussen patiënte en haar huisarts geweest; zelfs is het actualiseren daarvan – na het eerste CVA en voor haar tweede CVA – nog aan de orde geweest in een gesprek tussen huisarts en patiënte, waarbij patiënte de vraag naar het ondertekenen van een nieuwe wilsverklaring stelde. Nu de arts zich hiervan heeft vergewist, is de commissie, ondanks het feit dat de arts zélf patiënte niet heeft gekend toen zij nog wilsbekwaam was, van oordeel dat de arts op grond van die gegevens in redelijkheid heeft kunnen overwegen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte als omschreven in artikel 2 lid 2 van de WTL, waaraan hij gevolg kon geven.

Beoordeling ondraaglijkheid van het lijden

Ten aanzien van de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden overweegt de commissie het volgende. Euthanasie bij een patiënte die niet meer in staat is haar wil kenbaar te maken is een uiterst delicaat onderwerp. Mensen die een schriftelijke verklaring opstellen, geven daarmee aan dat zij het van essentieel belang vinden de daarin beschreven aftakelingsfase in hun leven te vermijden, zelfs als dat niét een fase van ernstig lijden zou blijken te zijn. Voor euthanasie op die grond geeft de WTL echter geen ruimte. Het in de verklaring neergelegde verzoek kan alleen voor vervulling in aanmerking komen als er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.
De situatie waarin patiënte zich bevond was na recidiverende CVA's – medisch gezien – uitzichtloos. Nadat zij was gerevalideerd, na het laatste CVA, was geen genezing meer mogelijk. De ondraaglijkheid van het lijden kon door patiënte niet meer verwoord worden. In het verleden had patiënte zowel in haar schriftelijke wilsverklaringen als mondeling aangegeven dat zij niet blijvend in een verpleeghuis opgenomen wilde worden. In de periode dat patiënte opgenomen was in het verpleeghuis liet zij een wisselend beeld zien. Dit beeld werd beschreven door de verpleeghuisarts en ook door haar kinderen. Over het algemeen maakte zij een rustige en vriendelijke indruk. Er waren stemmingsschommelingen; op sommige momenten zat zij ineengedoken in een rolstoel met haar handen rond haar hoofd. Ook was zij soms agressief naar mannen.
De arts heeft in zijn mondelinge toelichting verklaard dat hij niet met patiënte kon communiceren en dat hij heeft geconstateerd dat er bij patiënte geen sprake was van een ondraaglijk lichamelijk lijden. Of zij geestelijk leed, kon de arts niet achterhalen en daarover kon hij geen oordeel geven. De arts heeft geen tekenen van lijden bij patiënte waargenomen en heeft zijn besluit uitsluitend gebaseerd op het feit dat patiënte was opgenomen in een verpleeghuis, iets wat zij echt niet wilde en had beschreven in haar schriftelijke wilsverklaringen als grond voor euthanasie.
De consulent heeft in haar mondelinge toelichting verklaard dat patiënte aan haar wel de ondraaglijkheid van het lijden kenbaar heeft gemaakt. Voor de consulent waren tekenen van lijden waarneembaar en patiënte heeft haar – door verbale en non-verbale communicatie – duidelijk gemaakt dat zij ondraaglijk leed.
De commissie is door de toelichting van de consulent er evenwel niet van overtuigd geraakt dat er sprake was van een ondraaglijk lijden van patiënte. De consulent heeft de commissie er niet van kunnen overtuigen dat zij, op basis van één consult, waarin sprake was van wisselende stemmingen van patiënte, en zonder overleg te hebben gehad met de behandelaars van patiënte om de zeer beperkte (non-)verbale communicatie van patiënte te kunnen

duiden, tot het oordeel is kunnen komen dat er sprake was van een ondraaglijk lijden bij patiënte.

Wat daar ook van zij, de commissie dient te toetsen of *de arts* in redelijkheid tot de overtuiging heeft kunnen komen dat patiënte – op het moment dat de arts tot uitvoering van de euthanasie is overgegaan – ondraaglijk leed. Volgens de arts was er bij patiënte geen sprake van ondraaglijk lichamelijk lijden en een eventueel geestelijk lijden van patiënte kon niet door hem achterhaald worden. Het enkele feit dat patiënte blijvend de eigen omgeving heeft moeten verlaten en in een verpleeghuis werd opgenomen is onvoldoende om de ondraaglijkheid van het lijden aan te nemen. De arts heeft voorts geen andere omstandigheid (ook niet de bevindingen van de consulent) aangevoerd om zijn overtuiging, dat patiënte ondraaglijk leed, te onderbouwen. Dit klemt temeer daar door een verpleeghuisarts aan de arts het beeld was geschetst dat er stemmingsschommelingen bij patiënte aanwezig waren, maar dat zij over het algemeen een rustige en vriendelijke indruk maakte. Alleen al daarom waren de twee bezoeken die hij aan patiënte heeft gebracht, waarbij communicatie met haar niet mogelijk was, onvoldoende. De commissie is van oordeel dat de arts – juist op grond van het beeld dat hem van patiënte was geschetst – zich in deze zeer complexe situatie onvoldoende tijd en inspanning heeft getroost om de ondraaglijkheid van het lijden van patiënte te onderbouwen. De arts heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij tot de overtuiging is kunnen komen dat er bij patiënte sprake was van een ondraaglijk lijden.

Beoordeling voorlichting en redelijke alternatieven

Ten aanzien van de voorlichting van patiënte en het bestaan van een redelijke andere oplossing overweegt de commissie het volgende. De arts heeft, gezien de wilsonbekwaamheid van patiënte op het moment dat hij bij haar betrokken raakte, de patiënte niet zelf kunnen voorlichten over de situatie waarin zij zich bevond en haar vooruitzichten. De arts heeft toen evenmin met haar kunnen bespreken of er voor de situatie waarin zij zich bevond een redelijke andere oplossing bestond.
De arts heeft evenwel door de uitkomsten van het overleg dat hij heeft gehad met de huisarts van patiënte, zijn bestudering van het dossier en het overleg met haar kinderen de overtuiging kunnen krijgen dat aan het vereiste van voorlichting was voldaan, alsook dat er voor de situatie waarin zij zich bevond een redelijke andere oplossing ontbrak.

De commissie is van oordeel dat de arts *niet* tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.

CASUS 2014-36

Zoals aangeven in de Code of Practice op p. 13 en op p. 31 en 32 vereist het lijden een medische grondslag; het lijden van patiënt kan het gevolg zijn van een stapeling van grotere en kleinere gezondheidsproblemen. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-36 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

AANDACHTSPUNT: medische grondslag van het lijden

SAMENVATTING: Patiënt, een man van 80-90 jaar, had het gevoel dat het leven hem niets meer te bieden had. Een geraadpleegde GZ-psycholoog concludeerde dat hij een consistente euthanasiewens had. Het lijden van patiënt werd veroorzaakt door een stapeling van kwalen als gevolg van hoge ouderdom die een toenemende aftakeling veroorzaakte. Patiënt kon door functieverlies en afhankelijkheid geen betekenis meer geven aan zijn bestaan. Dit leven ging zijn draagkracht te boven. Arts en consulent hebben aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt een medische grondslag had en dat dit voor hen invoelbaar ondraaglijk was. Redelijke alternatieven waren niet voorhanden.

Bij patiënt, een man van 80-90 jaar, was door hoge ouderdom sprake van een combinatie van lichamelijke klachten. Hij had het gevoel dat het leven hem niets meer te bieden had. Patiënt en zijn echtgenote waren tientallen jaren jaar bij elkaar geweest. Er bestond een zeer hechte band tussen de twee echtelieden en zij hadden genoeg aan elkaar gehad. Zij hadden geen kinderen. Patiënt had jarenlang voor zijn vrouw gezorgd toen zij ziek was. Dat had patiënt nog een laatste doel in het leven gegeven. Zij was ongeveer een half jaar voor zijn overlijden overleden en daarna was bij patiënt de belangstelling voor de wereld verdwenen. Hij was altijd een einzelgänger geweest. Hij had nooit echte vrienden gehad en voelde zich een buitenstaander.
Patiënt kon radio en televisie niet meer volgen. Ook nam hij de inhoud van wat hij las niet meer op. Patiënt was moe en futloos en had nergens meer zin in. De motoriek van patiënt werd door onder andere artrose en osteoporose steeds slechter; hij liep moeilijk en was onhandig met zijn handen waardoor hij bijvoorbeeld zijn eigen brood niet meer kon klaarmaken. Patiënt was bang om in een rolstoel terecht te komen en nog afhankelijker te worden. Ook had hij mictieproblemen en droeg altijd incontinentiemateriaal.
Patiënt wilde geen psychosociale begeleiding of andere bemoeienis meer.
Genezing was niet mogelijk. Er bestonden geen behandelingsmogelijkheden meer.
Het lijden van patiënt werd bepaald door het gevoel dat verder leven op deze manier volstrekt zinloos en zonder kwaliteit was.
Er was sprake van lichamelijke aftakeling door veroudering waardoor hij niet meer tot veel in staat was. Maar de ondraaglijkheid van het lijden werd vooral veroorzaakt door het gevoel dat er voor hem niets meer van het leven te verwachten was. Patiënt beschouwde zijn leven als voltooid. Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk.

Patiënt had eerder met de arts over euthanasie gesproken.
Ruim twee maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. De arts kende patiënt al tientallen jaren en begreep het perspectief van patiënt goed. Patiënt sprak op aanraden van de consulent nog een aantal malen met een GZ-psycholoog die concludeerde dat de wens van patiënt consistent was.

De arts gaf op de verzoek van de commissie een nadere mondelinge toelichting op de vraag of de ondraaglijkheid van het lijden wel in voldoende mate zijn oorsprong vond in een medisch classificeerbare ziekte of aandoening.
Patiënt kon de laatste jaren bijna niets meer. Er was sprake van osteoporose. Patiënt had pijn door inzakkingsfracturen. Hij viel herhaaldelijk waardoor grote hematomen ontstonden. Na een CVA een jaar voor het overlijden was zijn linker lichaamshelft gedeeltelijk verlamd. Hij had veel hoofdpijn. Er was sprake van een slechte nierfunctie waardoor medicamenteuze behandeling van de pijn lastig was. Patiënt had last van incontinentie voor urine. Hij kon nog maar een paar stappen lopen, mede door zijn gonartrose. Er bestond atriumfibrilleren. Patiënt kon niet goed meer zien, waardoor hij niet meer kon lezen. Patiënt was geestelijk nog goed.
De echtgenote van patiënt was nog de reden geweest voor zijn bestaan. Zijn trouw en toewijding voor haar hadden hem ondanks al zijn lichamelijke klachten, nog gaande gehouden. Zolang hij kon, had hij voor haar gezorgd ook al herkende ze hem niet meer doordat zij leed aan de ziekte van Alzheimer. Na haar overlijden ervoer patiënt zijn leven en lijden als zinloos. De arts was ervan overtuigd dat het lijden van patiënt uitzichtloos en ondraaglijk was.
De ondraaglijkheid, die voor de arts zeer invoelbaar was, werd bepaald door onbehandelbare pijn, incontinentie, een sterk verhoogd valrisico, toenemende invaliditeit, verlies van autonomie en zorgafhankelijkheid. Dit lijden bestond al langer maar na het overlijden van zijn vrouw (zij hadden geen kinderen), wilde en kon patiënt niet meer verder.

De consulent gaf op verzoek van de commissie een nadere mondelinge toelichting.
De consulent vond patiënt een erg aardige man waarmee je heel goed kon praten. Patiënt

wilde toch geen nadere sociale contacten onderhouden. Dit kwam onder andere voort uit lichamelijke beperkingen zoals slechthorendheid en slechtziendheid. Zijn motoriek werd steeds slechter en hij kon vrijwel niet meer lopen; hij kwam nauwelijks nog buiten. Ook incontinentie was een onderdeel van zijn aanzienlijke handicaps. Nadat de vrouw van patiënt was overleden, verzocht patiënt om euthanasie. Bij het eerste bezoek van de consulent, gaf patiënt aan dat hij zijn volgende verjaardag nog wilde meemaken. De consulent wilde toen weten hoe consistent het verzoek van patiënt nu eigenlijk was. Patiënt had nog een aantal gesprekken met een GZ-psycholoog. Bij het tweede bezoek aan patiënt raakte de consulent overtuigd dat patiënt écht euthanasie wilde. Hij vond patiënt zeker wilsbekwaam. Na het overlijden van zijn vrouw wilde patiënt verder geen bemoeienis van anderen in de vorm van verzorging, therapie of familiebezoek meer. Hij wilde niet afhankelijk zijn.
De consulent was overtuigd dat het lijden van patiënt een lichamelijke component had, maar de persoonlijkheid van patiënt droeg ook zeker bij aan het beleven van het lijden.
De commissie heeft zich afgevraagd of de ondraaglijkheid van het lijden wel in voldoende mate zijn oorsprong vond in een medisch geclassificeerde ziekte of aandoening. Na lezing van het dossier en na de gesprekken met de arts en de consulent kwam de commissie tot de conclusie dat het lijden van patiënt werd veroorzaakt door een stapeling van kwalen als gevolg van hoge ouderdom die een toenemende aftakeling veroorzaakte. Deze ouderdomskwalen, zoals gonartrose, pijn door inzakkingsfracturen als gevolg van osteoporose, hoofdpijn, een slechte nierfunctie, incontinentie, visusvermindering, atriumfibrilleren en hemiparese door een CVA stonden in nauw verband met het medische domein. Nadat de echtgenote van patiënt overleden was, viel voor patiënt de zin van zijn bestaan weg. Hij ervoer zijn lijden al langer als ondragelijk, maar had nog volgehouden om zijn zieke vrouw bij te staan. Patiënt kon als gevolg van functieverlies en toenemende afhankelijkheid, gelet op zijn levensgeschiedenis en zijn eigen waarden, geen betekenis meer geven aan zijn bestaan. Leven op deze manier ging zijn draagkracht te boven. De arts en de consulent hebben voor de commissie voldoende aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt een medische grondslag had en dat het lijden voor hun invoelbaar ondraaglijk was. Redelijke alternatieven waren niet meer voorhanden.

VOORLICHTING

Casuïstiek met betrekking tot deze zorgvuldigheidseis is niet apart opgenomen. Zie bijvoorbeeld *casus 2014-02.*

CASUS 2014-05

Het ontbreken van een redelijke andere oplossing, een zorgvuldigheidseis die gezien moet worden in relatie tot de uitzichtloosheid van het lijden, is nader toegelicht in de Code of Practice op p. 13 en 15. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-05 op de website.

OORDEEL: NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing

AANDACHTSPUNT: verband tussen ontbreken van redelijke andere oplossing en uitzichtloos lijden

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar met psychische klachten in het verleden, leed ruim tien jaar aan tinnitus en tevens aan ernstige hyperacusis en neuralgie. Door de ernst van haar klachten kon zij vrijwel geen normale activiteiten ondernemen of sociale contacten onderhouden. Behandelingen bleven zonder resultaat. Patiënte vond haar lijden ondraaglijk en wenste euthanasie. Arts en consulent achtten extra raadpleging van een onafhankelijke psychiater niet nodig. Zij verzochten de SLK-psychiater haar rapportage, in het kader van een triage opgesteld, aan te vullen. De arts heeft onvoldoende onderzoek gedaan naar het bestaan van reële alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten en daarmee naar de uitzichtloosheid van het lijden.

Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, leed ruim tien jaar aan tinnitus, waarvan de oorzaak vermoedelijk in de hersenen lag. In de loop der jaren verergerden haar klachten. Uiteindelijk had patiënte 24 uur per dag last van een hard geluid in haar hoofd, als van een voorbijrijdende trein met piepende remmen. Daarnaast kampte zij met een ernstige hyperacusis en neuralgie. Patiënte kon geen geluiden meer verdragen, zelfs het ruisen van de bomen of het knisperen van een boterhamzakje deed pijn. 's Avonds, voor het slapen gaan, had zij last van elektrische schokken.
Patiënte had in de loop der jaren verschillende medisch specialisten in binnen- en buitenland geraadpleegd. Zij had vele behandelingen ondergaan, waaronder medicamenteuze behandeling (onder meer antidepressiva), transcraniële magnetische stimulatie, een tinnitusmarkeerder en gedurende korte tijd cognitieve gedragstherapie door een psychiater, echter allemaal zonder resultaat. Ook probeerde patiënte vergeefs voor experimentele behandelingen in aanmerking te komen. De laatste jaren voor het overlijden waren de klachten zo hevig dat deze haar leven beheersten. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Het lijden van patiënte bestond uit de hevige klachten van tinnitus en hyperacusis, waaronder permanent aanwezige pijn. Hierdoor was zij ernstig geïnvalideerd en zeer snel vermoeid. Patiënte kon vrijwel geen normale activiteiten meer ondernemen, haar werk en hobby's niet meer uitoefenen en was sterk belemmerd in het onderhouden van sociale contacten. "Overal is lawaai". Zij was ook bang nog meer pijn te zullen lijden. De dag doorkomen was voor patiënte een enorme opgave. Zij ervoer haar lijden als ondraaglijk.
Patiënte had eerder met de eigen huisarts over euthanasie gesproken. Deze arts wilde hier echter geen medewerking aan verlenen. Daarop meldde patiënte zich ongeveer anderhalf jaar voor overlijden aan bij de SLK. Ruim een half jaar voor overlijden stelde een psychiater, verbonden aan de SLK, vast dat er bij patiënte geen duidelijke aanwijzingen waren voor een depressieve of psychotische stoornis dan wel angst- of persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer vijf maanden voor het overlijden heeft patiënte met de arts over euthanasie gesproken. Ruim vijf weken voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Nadien heeft zij dit verzoek herhaald
Bij de eerste behandeling van de melding op de commissievergadering zijn er bij de commissie onder meer vragen gerezen betreffende de vrijwilligheid van het verzoek van patiënte

en de ondraaglijkheid van haar lijden. Voorts wenste de commissie nader te worden ingelicht over de wijze waarop de arts tot het oordeel was gekomen dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was.
De commissie wilde met de arts ingaan op het feit dat patiënte gedurende het euthanasietraject het proces diverse malen had stopgezet. Dit in het licht van de voorgeschiedenis van patiënte die op psychische kwetsbaarheid duidde (anorexia nervosa, posttraumatische stresstoornis, angststoornis, depressie). Daarbij wilde de commissie aandacht schenken aan de kwaliteit van het psychiatrisch onderzoek en de interventies gedurende het proces door de steungroep, gevormd uit de vriendenkring van patiënte. Verder vroeg de commissie zich af hoeveel contacten de arts met patiënte had gehad en op basis waarvan zij tot de overtuiging was gekomen dat patiënte ondraaglijk leed en er geen alternatieve mogelijkheden meer bestonden om haar lijden te verlichten.
De commissie heeft de arts daarom uitgenodigd voor een mondelinge toelichting.
De arts gaf onder meer de volgende mondelinge toelichting.
Vanuit de Stichting Levenseindekliniek (SLK) werd patiënte allereerst gezien door een aan de SLK verbonden psychiater tijdens een spreekuurcontact, ruim een half jaar voor overlijden, in het kader van een triage.
Deze psychiater kwam tot de conclusie dat er geen sprake was van psychiatrische problematiek, dat het lijden van patiënte een somatische oorzaak had en dat patiënte problemen had met coping. De SLK psychiater stelde voor patiënte aan een team toe te wijzen. Gedurende de teambespreking voorafgaand aan het eerste huisbezoek sprak de arts tegen de verpleegkundige: ”No way: zo’n jonge vrouw met jonge kinderen!”
De arts had patiënte voor het eerst ontmoet circa vijf maanden voor overlijden van patiënte. Het gesprek duurde één tot anderhalf uur. Reeds na vijf minuten was de arts “om”. De ondraaglijkheid van het lijden van patiënte was voor haar heel invoelbaar geworden.
Patiënte had haar lijden ten gevolge van onbehandelbare tinnitus en hyperacusis goed kunnen verwoorden. Na de geboorte van haar tweede kind had zij last gekregen van een voortdurend geluid in haar hoofd. Dit geluid was in de loop der jaren steeds luider en meer overheersend geworden, was continu aanwezig en had haar leven steeds meer beïnvloed. Ook deden door de hyperacusis externe geluiden pijn.
Met betrekking tot de consultatie van de SCEN-arts gaf de arts aan dat tot zijn verbazing de SCEN-arts direct concludeerde dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan. Deze consulent had het lijden van patiënte invoelbaar gevonden en zag kennelijk geen reden de arts te adviseren om nog een tweede SCEN-arts te raadplegen. Wanneer een tweede SCEN-arts wel zou zijn geraadpleegd en negatief zou hebben geoordeeld, zou de arts afgezien hebben van de euthanasie en terug zijn gegaan naar de SLK voor nader overleg.
Op de expliciete vraag van de arts aan de consulent of zij nog een psychiater moest raadplegen had de SCEN-arts ontkennend geantwoord. De SCEN-arts wilde patiënte niet aandoen dat zij nogmaals een gesprek over haar situatie moest voeren. Wel had de SCEN-arts de casus nog voorgelegd aan een collega SCEN-arts ter bevestiging van haar eigen conclusie.
Volgens de SCEN-arts was de rapportage van de psychiater naar aanleiding van de triage onvoldoende uitgewerkt. De SCEN-arts had er bij de psychiater tot tweemaal toe op aangedrongen de rapportage aan te passen en aan te vullen met conclusies ten aanzien van As I en As II volgens DSM, waarna het bij de stukken bedoeld voor de toetsingscommissie kon worden gevoegd. De psychiater van de SLK heeft betreffende rapportage twee maanden voor het overlijden van patiënte aangevuld.
De commissie overweegt als volgt. Ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen betreffende het uitzichtloos en ondraaglijk lijden, redelijke alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten en de raadpleging van tenminste één andere onafhankelijke arts merkt de commissie in onderlinge samenhang het volgende op.
De commissie stelt voorop dat tinnitus een ernstige aandoening kan zijn, zeker in combinatie met hyperacusis, en dat een euthanasieverzoek op basis van een dergelijke aandoening door een arts gehonoreerd kan worden als aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De commissie acht het aannemelijk dat patiënte, gelet op haar voorgeschiedenis met anorexia nervosa, posttraumatische stresstoornis, angststoornis en depressie, psychisch kwetsbaar was. Dat brengt mee dat van de arts verwacht mag worden dat zij extra behoedzaam te werk gaat om tot de overtuiging te komen dat aan de verschillende zorgvuldigheidseisen is voldaan.
Op het moment dat de arts voor het eerst werd geïnformeerd over de problematiek van patiënte, had een aan de SLK verbonden arts (psychiater) in het kader van een triage geconcludeerd dat de bron van het lijden van patiënte somatisch was. Volgens deze arts leed patiënte aan een onbehandelbare tinnitus en hyperacusis. In haar eerste korte verslag van de triage plaatste zij vraagtekens na de zinsnede dat patiënte 'een keer een psychiater had bezocht. Psychiatrie?' Deze aan de SLK verbonden psychiater was met betrekking tot dat punt aanvankelijk niet tot een duidelijke conclusie gekomen en adviseerde het verzoek om hulp bij zelfdoding nader te verkennen. De casus van patiënte werd met dat doel aan de arts en een verpleegkundige toegewezen.
Blijkens het SLK journaal heeft de arts nog expliciet aan de triage-arts gevraagd of zij een AS I of AS II diagnose had kunnen stellen en in dat verband nog opgemerkt: "het klinkt me wel erg psychiatrisch met anorexia nervosa in de VG."
Daarop is geen reactie gekomen.
Het is de commissie niet gebleken dat deze SLK-psychiater patiënte in verband met de triage aan een psychiatrisch onderzoek heeft onderworpen. Het door deze arts uitgevoerde onderzoek was een procedureel onderzoek in het kader van een triage. Het betrof geen psychiatrisch onderzoek volgens de state of art.
De arts heeft haar verbazing geuit over het feit dat de door haar geraadpleegde SCEN-arts het niet nodig vond om nog een onafhankelijke psychiater te raadplegen. De door de arts geraadpleegde SCEN-arts gaf daarvoor als reden op dat zij wilde voorkomen dat patiënte nog een gesprek moest voeren met een onafhankelijke psychiater. Wel heeft deze consulent er bij de SLK-psychiater tot tweemaal toe op aangedrongen om haar opgemaakte rapportage naar aanleiding van de triage aan te passen en aan te vullen met conclusies ten aanzien van AS I en AS II volgens DSM.
De SLK-psychiater heeft haar verslag maanden later aangevuld.
Gesteld noch gebleken is dat de psychiater in verband met deze aanvulling van het verslag patiënte nog gezien heeft en psychiatrisch heeft onderzocht. Er moet dan ook van worden uitgegaan dat de psychiater de aanvulling gemaakt heeft op basis van de aantekeningen die zij had gemaakt over de triage die maanden eerder had plaatsgehad. Dit doet de commissie twijfelen aan een goede onderbouwing van deze aanvulling.
Volgens deze aanvulling had patiënte eenmaal een psychiater gezien. Patiënte had een door deze psychiater geadviseerde behandeling met Depakine geprobeerd, was in verband met ervaren bijwerkingen met deze medicatie gestopt en had de behandeling vervolgens afgebroken. Voorts stelde de SLK-psychiater in haar aanvulling vast dat de coping van patiënte om met het oorsuizen te leren omgaan tekort schoot.
Uit het dossier blijkt dat patiënte weliswaar met diverse behandelaren contact heeft gezocht, maar dat zij diverse malen de gekregen adviezen niet volgde, behandelingen niet begon of afbrak. Zo is er – buiten de psychiater die Depakine adviseerde – ook geen psychiater geweest die enige serieuze behandeling of diagnostiek heeft kunnen uitvoeren respectievelijk stellen.
Daarmee ontbrak het de arts enerzijds aan een duidelijke somatische diagnose en anderzijds aan een onderbouwd psychiatrisch oordeel. Op grond hiervan kon zij haar eigen standpunt aangaande uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden niet voldoende onderbouwen.
De commissie is dan ook van oordeel dat de arts alvorens het euthanasieverzoek van patiënte in te willigen, gelet op de voorgeschiedenis van patiënte, zowel wat haar diagnoses in het verleden (anorexia nervosa, posttraumatische stressstoornis, angststoornis en depressie) als wat haar attitude aangaande behandelvoorstellen betreft, een psychiatrisch onderzoek volgens de regelen der kunst had dienen te laten plaatsvinden, te meer nu de arts

aanvankelijk kennelijk een “niet pluis”gevoel bij dit verzoek had (zij wilde immers toen zij bij dit verzoek betrokken werd er niet op ingaan, was verbaasd over de snelle positieve reactie van de SCEN-arts en het feit dat deze raadpleging van een onafhankelijke psychiater niet nodig oordeelde en drong aan op een aangepaste brief van de triage arts).
Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat naar het oordeel van de commissie de arts onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar het bestaan van reële alternatieven om het lijden van patiënte te verlichten en de vraag of er sprake was van uitzichtloos lijden heeft beantwoord zonder in dat kader onderzoek althans voldoende onderzoek te doen.

RAADPLEGEN ONAFHANKELIJKE CONSULENT

CASUS 2014-56

Zie voor onafhankelijke consulent p. 16 en verder van de Code of Practice. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-56 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: raadplegen onafhankelijke consulent

AANDACHTSPUNT: onafhankelijkheid consulent

SAMENVATTING: De uitvoerend arts, specialist in een ziekenhuis, heeft de zaalarts een consulent laten raadplegen en is ook via de zaalarts op de hoogte gesteld van de bevindingen en conclusies van de consulent. Nu de hoofdbehandelaar/supervisor volgens het ziekenhuisprotocol de enige is die euthanasie mag uitvoeren, dient deze medisch specialist zélf de consulent te raadplegen en zich zélf door de consulent te laten informeren over diens bevindingen.
De rol en onafhankelijkheid van de consulent stond ook ter discussie omdat de consulent deel uitmaakte van het palliatieve team van hetzelfde ziekenhuis waarin de arts werkzaam was. De consulent bleek geen medebehandelaar van patiënte te zijn geweest. De arts en consulent waren onafhankelijk van elkaar.
Wel is het raadzaam om in het ziekenhuisprotocol vast te laten leggen dat een arts een onafhankelijk SCEN-arts via Atacom dient te raadplegen.

Bij patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, werd twee jaar voor het overlijden een longcarcinoom vastgesteld, waarvoor zij operatief werd behandeld. Er volgde een chemoradiatietherapie. Anderhalf jaar voor het overlijden werd een solitaire hersenmetastase vastgesteld, waarvoor een gamma knife behandeling volgde. Een half jaar voor het overlijden bleek sprake van een recidief en er werden meerdere hersenmetastasen gevonden. Een maand voor het overlijden bleek ook sprake van skeletmetastasen. Patiënte ging snel achteruit en werd opgenomen in het ziekenhuis.
Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.
Het lijden van patiënte bestond uit zeer ernstige vermoeidheid en het niets meer kunnen. Patiënte was bedlegerig geworden, at niet meer en dronk nog nauwelijks.
Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie en het zinloos liggen wachten op de dood.
Patiënte had eerder met haar huisarts over euthanasie gesproken, een schriftelijke wilsverklaring bij haar huisarts ingeleverd en meerdere malen haar euthanasiewens tegenover haar huisarts herhaald.
Een dag voor het overlijden heeft patiënte de dienstdoende zaalarts om daadwerkelijke uitvoering van de euthanasie verzocht. Op de dag van de levensbeëindiging heeft zij haar verzoek tegenover de arts meerdere malen herhaald.
De dienstdoende zaalarts in opleiding tot specialist raadpleegde als consulent een onafhankelijke arts. De consulent bezocht patiënte een dag voor de levensbeëindiging nadat hij over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.

De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte.
In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
De commissie overweegt ten aanzien van de weloverwogenheid van het verzoek het volgende.
Uit de stukken en de mondelinge toelichting van de arts is duidelijk geworden dat, tijdens de laatste opname van patiënte in het ziekenhuis, de arts de supervisor van de zaalartsen en de hoofdbehandelaar van patiënte was. Via de zaalartsen was zij steeds op de hoogte van de toestand van patiënte en zij heeft ook meermalen met patiënte zelf gesproken. Zij had patiënte onder haar hoede op de afdeling en patiënte was al twee jaar bekend bij de longartsen van het ziekenhuis en ook bij de arts. Toen patiënte op woensdag haar euthanasiewens uitte tegenover de zaalarts, heeft de zaalarts de arts daarvan op de hoogte gesteld. De arts heeft donderdag, de dag van de euthanasie, voor het eerst met patiënte over haar euthanasiewens gesproken en patiënte heeft tegenover de arts die dag haar wens twee keer bevestigd. De arts kende patiënte al, was ook reeds via de zaalarts van de euthanasiewens op de hoogte en haar euthanasiewens was volgens de arts duidelijk, consistent en weloverwogen. Patiënte had haar wens al weken daarvoor met de huisarts besproken en in haar wilsverklaring de situatie aangegeven waarin zij euthanasie zou willen. Die situatie was actueel toen zij de arts om uitvoering van euthanasie vroeg.
De commissie is van oordeel dat de arts tot de overtuiging is kunnen komen dat er sprake was van een weloverwogen en consistent verzoek.
De commissie overweegt ten aanzien van de consultatie het volgende.
De consultatie-eis (artikel 2, eerste lid, onder e, van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL)), houdt in dat de arts, die de euthanasie zal uitvoeren en melden, een andere, onafhankelijke arts raadpleegt. Vereist is dat een door de arts geraadpleegde consulent, voorafgaande aan de uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, de patiënt ziet om te beoordelen of de arts die de levensbeeindiging wil gaan uitvoeren, niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. De consulent geeft zelfstandig en onafhankelijk een deskundig oordeel over de zorgvuldigheidseisen en doet daarvan schriftelijk verslag. Het door de consulent gegeven consult helpt de arts om na te gaan of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en helpt hem te reflecteren alvorens hij besluit tot het inwilligen van het verzoek.
Ook het protocol van het ziekenhuis schrijft voor dat de arts een consulent raadpleegt.
Uit de stukken en de mondelinge toelichtingen van de arts en de consulent komt naar voren dat de arts niet zelf de consulent heeft geraadpleegd en niet door de consulent zelf op de hoogte is gesteld van diens bevindingen.
De consulent werd door de zaalarts geraadpleegd en heeft, na zijn bezoeken aan patiënte op woensdag en donderdag, zijn bevindingen en conclusie aan de zaalarts medegedeeld en in het digitale patiëntendossier verwerkt. De arts heeft zich via de zaalarts en het patiëntendossier op de hoogte gesteld van de bevindingen en conclusie van de consulent. De arts geeft aan dat dit de normale gang van zaken is in een ziekenhuis waar specialisten worden opgeleid en in dat kader, als zaalartsen, de dagelijks behandelaars van een patiënt zijn en waar de hoofdbehandelaar/medisch specialist als supervisor op de achtergrond blijft en via de zaalarts op de hoogte blijft van de situatie van de patiënt.
Nu de arts, hoewel de consultatie-eis in de onderhavige zaak door haar niet strikt is nageleefd, conform het protocol van haar ziekenhuis heeft gehandeld en zich voorafgaand aan het levensbeëindigend handelen op de hoogte heeft gesteld van de bevindingen van de consulent kan de commissie uiteindelijk tot de conclusie komen dat ten aanzien van dit onderdeel niet onzorgvuldig is gehandeld.
De commissie acht het echter wenselijk en raadzaam om, nu in het ziekenhuisprotocol de eis wordt gesteld dat alléén een medische specialist euthanasie mag uitvoeren in het ziekenhuis, in het protocol duidelijk aan te geven dat de uitvoerend medisch specialist degene

moet zijn die zélf de consulent raadpleegt en die zélf op de hoogte wordt gesteld van de bevindingen van de consulent.
Verder is in de onderhavige zaak onduidelijkheid ontstaan over de rol en onafhankelijkheid van de consulent, die als medisch specialist, tevens lid van het palliatieve team, in hetzelfde ziekenhuis als de arts werkzaam was. Uit de stukken en de mondelinge toelichting van de arts is duidelijk geworden dat de consulent geen medebehandelaar van patiënt was en dat arts en consulent onafhankelijk van elkaar waren.
Om de gerezen onduidelijkheid in de toekomst te voorkomen acht de commissie het wenselijk en raadzaam om in het protocol vast te laten leggen dat, in geval van een verzoek om euthanasie, door de uitvoerend arts een onafhankelijke SCEN-arts als consulent wordt geraadpleegd.

CASUS 2014-47

De RTE's ontvingen in dit jaar evenals in 2013, zie Jaarverslag 2013 casus 9, enkele meldingen van gelijktijdige uitvoering van het euthanasieverzoek van een (echt)paar. In al deze gevallen is de commissie tot het oordeel gekomen dat aan zorgvuldigheidseisen was voldaan. Zie voor vrijwillig en weloverwogen verzoek p. 11, voor uitzichtloos en ondraaglijk lijden p. 13 en onafhankelijke consulent p. 16 van de Code of Practice. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-47 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: vrijwillig en weloverwegen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, consultatie

AANDACHTSPUNTEN: gelijktijdige uitvoering euthanasieverzoek van een (echt)paar, vrijwillig verzoek, medische grondslag, oordeel onafhankelijke consulent

SAMENVATTING: Twee echtgenoten verzochten om gelijktijdige hulp bij zelfdoding. Patiënte kampte met aanzienlijke medische problemen en lichamelijke beperkingen. Zij was afhankelijk van zorg die in het verleden steeds door haar echtgenoot was geboden. De echtgenoot had ernstige gezondheidsproblemen en zou op korte termijn euthanasie krijgen. De arts kon tot de overtuiging komen dat voor deze patiënte, gezien haar levensgeschiedenis, de nauwe relatie met haar echtgenoot en het ontbreken van een eigen sociaal netwerk, (het vooruitzicht van) een leven, waarin zij voor haar lichamelijke verzorging afhankelijk zou zijn van anderen, waarschijnlijk in een verpleeghuis, uitzichtloos en ondraaglijk lijden betekende. Dit lijden had in overwegende mate een medische grondslag.

In geval van twee gelijktijdige euthanasieverzoeken van een (echt)paar moet de arts afwegen of het de voorkeur heeft om één consulent voor beiden in te schakelen of om voor ieder van het paar een afzonderlijke consulent te raadplegen. Indien één consulent wordt geraadpleegd moet deze extra alert zijn op de vraag of hij in staat is om in beide gevallen tot een onafhankelijk oordeel te komen. In beginsel zal de consulent beide echtelieden afzonderlijk moeten spreken. In dit geval heeft de arts voor beide euthanasieverzoeken dezelfde consulent geraadpleegd. De consulent achtte zichzelf in staat om in beide gevallen een onafhankelijk oordeel te geven. Hij heeft patiënte en haar echtgenoot echter niet elk afzonderlijk gesproken. Gelet op met name de afhankelijkheid van patiënte van haar echtgenoot, had de consulent hier wel beter aan gedaan. Desondanks bestaat, gezien ook de bevindingen van een geraadpleegde psychiater, geen aanleiding om te twijfelen aan de juistheid van de conclusies van de consulent.

**Het betreft hier twee afzonderlijke meldingen, die apart door de commissie zijn beoordeeld. Hier wordt alleen het oordeel over de melding van hulp bij zelfdoding bij de vrouw weergegeven.*

Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, werd ruim vijfentwintig jaar voor het overlijden getroffen door een stamischemie. Ondanks langdurige revalidatie bleef zij problemen houden met lopen, ook met behulp van een rollator. Vijf jaar voor het overlijden werden bij patiënte

osteoporose met diverse wervelinzakkingen, uitgebreide gonarthrosis en een scheur in de rotator cuff van de rechterschouder vastgesteld. Als gevolg hiervan kreeg zij nog meer moeite met lopen. Twee jaar voor het overlijden werden gebreken bij een hartklep geconstateerd en ontstond een verdenking op aortasclerose. In de loop der jaren maakte patiënte voorts diverse TIA's door en verloor zij steeds meer gewicht. Uiteindelijk woog zij nog slechts 45 kg. Patiënte was voorts bekend met hypertensie en presbyacusis. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard.
Het lijden van patiënte bestond, naast het moeten leven met haar vele medische klachten en haar lichamelijke beperkingen, uit de wetenschap dat zij niet zelfredzaam was en na het te verwachten overlijden van haar echtgenoot – die met ernstige gezondheidsproblemen kampte en op korte termijn euthanasie zou krijgen – van anderen afhankelijk zou worden en naar verwachting zou moeten worden opgenomen in een verzorgingshuis. Patiënte was sinds vele jaren mede als gevolg van de restverschijnselen van de stamischemie (deels) afhankelijk van de zorg van haar echtgenoot en had een symbiotische relatie met hem opgebouwd. Patiënte was vanuit huis getrouwd en had langdurig met haar echtgenoot in het buitenland gewoond. Zij hadden altijd alles samen gedaan. Toen patiënte ooit enkele weken alleen was, omdat dit voor het werk van haar echtgenoot nodig was, had zij dit een ramp gevonden. Zoiets wilde zij niet meer meemaken. Een leven zonder haar echtgenoot, waarbij zij afhankelijk was van de zorg van anderen dan hem, was voor haar ondenkbaar. Patiënte, die geen kinderen had en geen eigen sociaal netwerk had opgebouwd, ervoer haar lijden en te verwachten lijden als ondraaglijk.
Patiënte had eerder herhaaldelijk met de arts besproken dat zij euthanasie wenste wanneer haar echtgenoot zou komen te overlijden.
Een dag voor het overlijden, heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht, vrijwel meteen nadat haar echtgenoot voor zichzelf hetzelfde verzoek had gedaan. Nadien heeft patiënte dit verzoek herhaald.
Op verzoek van de arts heeft een psychiater toen onderzocht of het verzoek van patiënte werd beïnvloed door een psychiatrisch ziektebeeld of dementie en of zij wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. De psychiater stelde vast dat de euthanasiewens van patiënte goed invoelbaar was en te verklaren uit de intense en afhankelijke relatie die zij met haar echtgenoot had en uit het levensperspectief dat zij door haar ernstige motorische handicap nog had zonder haar echtgenoot. De wens kwam niet voort uit irreële angst voor de toekomst of depressie. De wens kwam evenmin voort uit loyaliteit naar de echtgenoot van patiënt, zij was ook niet door hem beïnvloed. Volgens de psychiater kwam patiënte zelfstandig tot de conclusie dat zij niet verder wilde en was zij hier steeds consistent in geweest. De psychiater concludeerde dat bij patiënte geen sprake was van psychiatrische verschijnselen en dat zij wilsbekwaam was ten aanzien van haar verzoek. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Hij stelde vast dat patiënte niet depressief was en niet beïnvloed door haar echtgenoot. De arts voelde zich hierin gesteund door de bevindingen van de psychiater.
In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
Op verzoek van de commissie geeft de arts een mondelinge toelichting waarin hij onder meer het volgende aangaf. De arts licht toe dat het euthanasietraject extreem snel is gegaan. Tijdens de vakantie van de arts was de gezondheidstoestand van de echtgenoot van patiënte heel snel verslechterd. De echtgenoot was in het ziekenhuis opgenomen, waarschijnlijk met een sepsis. Toen zijn toestand iets was verbeterd, was hem door zijn behandelend artsen meegedeeld dat zijn onderbeen geamputeerd moest worden. Anders zou hij heel snel, binnen één tot twee weken, opnieuw een sepsis kunnen ontwikkelen. De echtgenoot van patiënte wees een onderbeenamputatie echter af. Toen hij, de arts, terugkwam van vakantie, zat de echtgenoot dus met een "vulkaan" in zijn voet.
De echtgenoot van patiënte was gewend om de leiding te hebben. Patiënte had in de loop der jaren al meermalen aangegeven dat zij niet alleen wilde achterblijven en de arts gevraagd

om haar, als dat dreigde te gebeuren, te helpen. De arts had te kennen gegeven dat hij dan waarschijnlijk niets voor haar zou kunnen doen. Hij hoopte dat zij eerder zou komen te overlijden dan haar echtgenoot. Toen de arts terugkwam van vakantie gaf patiënte aan dat zij de nieuw ontstane situatie niet aan kon. Zij had bij haar eigen ouders gezien, hoe het de achterblijver verging toen één van hen kwam te overlijden.
Volgens de arts was er bij patiënte sprake van een eigen substantiële medische problematiek. Als haar echtgenoot zou wegvallen, zou patiënte geen hulp meer hebben. Door haar lichamelijke klachten was zij al nagenoeg zorgafhankelijk. Deze afhankelijkheid was voor patiënte een schrikbeeld.
Over de symbiotische relatie die bestond tussen patiënte en haar echtgenoot merkt de arts op dat het niet zo was dat de één de ander domineerde. De echtgenoot van patiënte heeft haar niet beïnvloed.
Desgevraagd licht de arts toe dat er geen tijd was om voor patiënte en haar echtgenoot elk een afzonderlijke consulent te regelen. Hij heeft het ook niet overwogen. De arts meent dat het alleen in bijzondere gevallen nodig zal zijn om twee verschillende consulenten te raadplegen. Hij vindt het op de weg van de consulent liggen om die noodzaak dan aan te geven. De arts meent dat het voor de consulent niet onmogelijk was om zowel het geval van patiënte als dat van haar echtgenoot te beoordelen en dan met betrekking tot één van hen negatief te adviseren. Hij zou dat zelf wel gekund hebben. Toen de arts naar het echtpaar toe reed dacht hij: “het is goed”.

De consulent geeft op verzoek van de commissie een mondelinge toelichting. Desgevraagd geeft de consulent aan dat de symbiotische relatie tussen patiënte en haar echtgenoot de basis van het lijden van patiënte was. Hij heeft patiënte en haar echtgenoot in het ziekenhuis, waar de echtgenoot was opgenomen, ontmoet. Hij heeft hen niet apart gesproken, omdat de kamer in het ziekenhuis daarvoor niet geschikt was. De echtgenoot voerde het woord. Patiënte maakte de indruk geheel afhankelijk van hem te zijn. Het echtpaar was hun beider leven lang erg op elkaar gericht geweest.
Ze hadden allebei een jaren geleden opgestelde en ondertekende euthanasieverklaring. Hun verzoeken om hulp bij zelfdoding waren aan elkaar gekoppeld. De consulent merkt op dat patiënte tijdens het gesprek gericht was op haar echtgenoot, maar antwoord gaf aan de consulent zonder haar echtgenoot erbij te betrekken. Haar aandacht was goed te trekken. De consulent had niet overwogen om een tweede consulent erbij te vragen.
De consulent beschrijft de hulpbehoevendheid van patiënte. Er was bij patiënte zeker sprake van somatische zorgafhankelijkheid als gevolg van de restverschijnselen van het CVA.
De consulent bevestigt dat de doodswens van patiënte uit haar eigen vrije wil en zonder invloed van buitenaf tot stand is gekomen. Haar doodswens was heel duidelijk. Deze keuze kon patiënte naar de overtuiging van de consulent wel zelf maken. De aanleiding was de ziekte van haar echtgenoot. Hij heeft niet voor haar besloten dat zij ook moest sterven. Binnen het kader van zijn ziekte was het haar eigen keuze.
Desgevraagd licht de consulent toe dat hij in een nieuw, vergelijkbaar geval, weer tot dezelfde conclusie zou komen. Wel zou hij de betrokkenen apart willen spreken, in dit geval was de entourage daar echter niet naar.

Gelet op bovenstaande feiten en omstandigheden, is de commissie van oordeel dat de arts tot de overtuiging kon komen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte. Zij had vele malen met de arts besproken dat zij euthanasie wilde als haar echtgenoot zou komen te overlijden en was hierin steeds zeer consistent geweest. Gezien ook de bevindingen van voormelde psychiater, acht de commissie voorts voldoende aannemelijk dat patiënte haar eigen afweging had gemaakt en niet was beïnvloed door haar echtgenoot.
De commissie overweegt verder met betrekking tot het lijden van patiënte dat uit het dossier en de mondelinge toelichtingen van de arts en de consulent voldoende blijkt dat patiënte te kampen had met aanzienlijke medische problemen en lichamelijke beperkin-

gen. Ten gevolge daarvan was zij bovendien in belangrijke mate afhankelijk van de zorg van anderen. Deze zorg was in het verleden steeds door haar echtgenoot geboden. Gelet op de levensgeschiedenis van patiënte, de nauwe relatie die zij met haar echtgenoot had en het ontbreken van een eigen sociaal netwerk, is de arts naar het oordeel van de commissie tot de overtuiging kunnen komen dat voor patiënte (het vooruitzicht van) een leven, waarin zij voor haar lichamelijke verzorging in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van anderen, waarschijnlijk in een verpleeg- of verzorgingshuis, uitzichtloos en ondraaglijk lijden betekende. Dit lijden heeft naar het oordeel van de commissie ook in overwegende mate een medische grondslag.
De arts heeft patiënte voorts voldoende voorgelicht over de situatie waarin zij zich bevond en over haar vooruitzichten. De arts is met patiënte tot de overtuiging kunnen komen dat er voor de situatie waarin zij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.
Met betrekking tot de eis dat de arts ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, overweegt de commissie voorts als volgt. De commissie acht het van belang dat, in geval van twee gelijktijdige euthanasieverzoeken van een (echt)paar, de arts goed afweegt of het de voorkeur heeft om één consulent voor beiden in te schakelen of om voor ieder van het paar een afzonderlijke consulent te raadplegen.
Indien de uitkomst van die afweging is dat aan één consulent wordt gevraagd om beide verzoeken te beoordelen, zal de consulent extra alert moeten zijn op de vraag of hij in staat is om in beide gevallen tot een onafhankelijk oordeel te komen. Er kunnen immers haken en ogen zitten aan een dergelijke situatie; zo kan een consulent bijvoorbeeld in een moeilijke positie terecht komen, wanneer hij vindt dat in het ene geval aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en in het andere geval niet. In beginsel zal de consulent beide echtelieden afzonderlijk moeten spreken om vast te stellen of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.
De commissie is gebleken dat de arts naar aanleiding van de verzoeken om euthanasie van patiënte en haar echtgenoot één en dezelfde consulent heeft geraadpleegd. Deze bezocht patiënte en haar echtgenoot tegelijkertijd. Er vond één gesprek plaats tussen de consulent en de beide echtelieden, op grond waarvan de consulent in twee afzonderlijke verslagen heeft geconcludeerd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan. De consulent heeft patiënte en haar echtgenoot niet elk afzonderlijk gesproken. Uit zijn nadere mondelinge toelichting leidt de commissie af dat de consulent zichzelf goed in staat achtte om in beide gevallen een onafhankelijk oordeel te geven. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen en gezien met name de afhankelijkheid van patiënte van haar echtgenoot en de mogelijkheid dat haar euthanasiewens was ingegeven door beïnvloeding door haar echtgenoot, had de consulent er naar het oordeel van de commissie echter wel beter aan gedaan om de beide echtelieden afzonderlijk te spreken. In aanmerking nemende de bevindingen van voormelde psychiater, die patiënte wel buiten aanwezigheid van haar echtgenoot heeft gesproken en in zijn rapportage is ingegaan op de eventuele beïnvloeding door de echtgenoot, ziet de commissie niettemin in dit geval geen aanleiding om te twijfelen aan de juistheid van de conclusies van de consulent. De commissie is van oordeel dat de arts heeft voldaan aan de eis dat hij tenminste één andere, onafhankelijke heeft arts geraadpleegd.

MEDISCH ZORGVULDIGE UITVOERING

CASUS 2014-04

Bij het toetsen of de uitvoering van een levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft plaatsgevonden hanteren de RTE's voor de middelen, de dosering en de toedieningswijze in beginsel als leidraad de door de KNMG en KNMP gezamenlijk uitgebrachte Richtlijn "Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding".[14] De Richtlijn geeft artsen (en apothekers) advies over een 'in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding'. Zie voor de medisch zorgvuldige uitvoering de Code of Practice p. 20 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-04 op de website.

OORDEEL: NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: medisch zorgvuldige uitvoering

AANDACHTSPUNT: noodset

SAMENVATTING: Levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheden en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012. Toen patiënte niet overleed, moest een reserveset euthanatica worden nagebracht. Na toediening van deze euthanatica overleed patiënte.
Het is de verantwoordelijkheid van de arts om op de hoogte te zijn van het feit dat hij een reserveset euthanatica bij zich moet hebben. Door afwezigheid van de noodset had de onwenselijke situatie kunnen ontstaan waarin patiënte weer bij bewustzijn zou zijn gekomen. De levensbeëindiging was niet medisch zorgvuldig uitgevoerd.
De door de arts geraadpleegde protocollen zijn naar aanleiding van deze melding aan de richtlijn aangepast.

De arts gebruikte voor de levensbeëindiging op verzoek bij patiënte, die kort tevoren was opgenomen in een verpleeghuis, de middelen, in de hoeveelheid en de methode als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012 (nader te noemen de Richtlijn). Patiënte was echter na 45 minuten nog niet overleden. De arts overlegde telefonisch met de ziekenhuisapotheker die de euthanatica had geleverd. Besloten werd om nogmaals 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium (conform de Richtlijn) toe te dienen. De reserveset euthanatica werd door de apotheker nagebracht. De tweede toediening geschiedde ruim twee uur na de eerste toediening. Patiënte overleed vervolgens binnen enkele minuten.
De commissie heeft vastgesteld dat de arts toen hij begon aan de uitvoering van de levensbeëindiging bij patiënte geen reserveset intraveneuze euthanatica bij zich had. De Richtlijn (zie bladzijde 22) geeft aan dat de arts een reserveset euthanatica bij zich behoort te hebben. De commissie heeft de arts schriftelijke vragen gesteld en daarna heeft de arts op de commissievergadering telefonisch een mondelinge toelichting gegeven. De arts gaf de volgende toelichting. De arts handelde conform het euthanasieprotocol van het ziekenhuis. Dit protocol vermeldde de levering van één set. De arts raadpleegde ook een protocol dat op de artsenschijf van het verpleeghuis stond. Dit was echter de oude Standaard van de KNMP/Winap uit 2007. Hierin stond niet zo duidelijk dat een tweede set euthanatica aanwezig hoort te zijn. De arts besprak de procedure van tevoren uitvoerig met een collega, zijn supervisor en de ziekenhuisapotheker. De collega, die ervaring had met euthanasie, gaf aan dat hij normaal gesproken met één set handelde. De arts ging er daarom vanuit dat één set voldoende was. De arts heeft na afloop van de euthanasie, gesproken met de ziekenhuisapotheker die aangaf dat bij de laatste herziening van het ziekenhuisprotocol niet uit de Richtlijn was overgenomen dat een tweede set aanwezig dient te zijn. Hij had hier geen verklaring voor. Inmiddels is het protocol aangepast aan de Richtlijn. Ook door de vakgroep Ziekenhuisfarmacie is over bovenstaande gang van zaken uitvoerig gesproken. In de toekomst zal het niet meer voorkomen dat slechts één set wordt geleverd. Ook in het artsenoverleg van de Zorggroep, waar het verpleeghuis onder valt, is uitvoerig aandacht besteed aan de casus. De nieuwe Richtlijn is inmiddels op de artsenschijf van het verpleeghuis geplaatst.

14 *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, KNMP en KNMG, augustus 2012.

Met betrekking tot de daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging, stelt de commissie vast dat de toediening van de euthanatica problematisch is verlopen. Patiënte overleed niet na toediening van 2000 mg thiopental en 150 mg rocuronium. De arts had geen reserveset euthanatica bij zich. Deze set moest door de apotheker nagebracht worden. Tijdens toediening van de tweede set, twee uur na aanvang van de procedure om het leven te beëindigen, overleed patiënte. De commissie heeft geconstateerd dat de (beginnende) arts zich buitengewoon heeft ingespannen voor patiënte, die onmiddellijk bij haar opname in het verpleeghuis, een week voor de levensbeëindiging, om euthanasie verzocht. Zij leed veel pijn die niet te palliëren was. De arts was bereid op het verzoek van patiënte in te gaan. De arts heeft zijn best gedaan om de euthanasieprocedure zorgvuldig te laten verlopen.
Wat betreft de medisch zorgvuldige uitvoering is de arts enigszins op het verkeerde been gezet door een verouderd protocol dat in het verpleeghuis werd gehanteerd, onjuiste inlichtingen van een ervaren collega en door het feit dat de apotheker standaard slechts één set euthanatica leverde. De commissie is echter niettemin van oordeel dat de in de Richtlijn vermelde norm, dat de arts een extra set intraveneuze euthanatica bij zich behoort te hebben, gehandhaafd dient te worden en dat de arts hierin een eigen verantwoordelijkheid heeft om van deze normstelling op de hoogte te zijn. De arts had in de ogen van de commissie nog beter moeten onderzoeken hoe de uitvoering lege artis dient te geschieden door bijvoorbeeld de website van de KNMG of KNMP te raadplegen. Doordat hij de reserveset euthanatica niet terstond voorhanden had, ontstond de onwenselijke situatie waarin patiënte weer bij bewustzijn had kunnen komen. Derhalve is de levensbeëindiging medisch niet zorgvuldig uitgevoerd. De commissie heeft met instemming kennis genomen van het feit dat de arts, nadat de commissie aan hem om een nadere toelichting vroeg, onmiddellijk in gesprek is gegaan met de artsengroep van het verpleeghuis en ook met de ziekenhuisapotheker. Het verpleeghuis en de ziekenhuisapotheek hanteren nu wel de Richtlijn.
De arts heeft niet gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 f van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging

PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

CASUS 2014-01

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de Code of Practice p. 26 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-01 op de website.

OORDEEL: NIET GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing, consultatie

AANDACHTSPUNT: psychiatrische aandoening

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 80-90 jaar, had sinds circa 30 jaar last van depressies. Zij werd hiervoor behandeld met ECT-therapie en antidepressiva. Toen deze niet meer hielpen, zag patiënte van verdere behandeling af. De huisarts van patiënte wilde niet ingaan op haar euthanasieverzoek. De arts, eveneens huisarts, heeft binnen een kort tijdsbestek en relatief kort voor het overlijden twee gesprekken gevoerd met patiënte, in aanwezigheid van haar kinderen. Hij raadpleegde als onafhankelijk consulent een huisarts/tevens SCEN-arts.
De commissie stelde vast dat de arts niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan die bij het verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt verwacht mag worden. De arts had in dit geval meer tijd moeten nemen voor gesprekken met patiënte, ook buiten aanwezigheid van haar kinderen. Nu het de arts zowel als de consulent aan psychiatrische deskundigheid ontbreekt had de arts nog een extra deskundige moeten raadplegen.

Patiënte, een vrouw tussen 80 en 90 jaar, had circa dertig jaar last van depressies. In eerdere jaren nog wel eens variërend naar manie, later was alleen sprake van een chronische vitale depressie, die de laatste twee tot drie jaren verhevigde. In de periode van tien tot acht jaar voor het overlijden en de periode van drie tot twee jaar voor het overlijden kreeg patiënte uitgebreid Electro Convulsietherapie (ECT) en werd zij behandeld met antidepressiva. In de beginjaren hadden deze behandelingen tijdelijk succes. Toen de ECT behandeling niet meer hielp en geheugenstoornissen veroorzaakte en later de antidepressiva evenmin effect sorteerden, zag patiënte van deze behandelingen af. Patiënte gebruikte alleen nog paracetamol en een slaaptablet. Patiënte is kort opgenomen geweest in een verzorgingstehuis, maar dat beviel haar helemaal niet. Zij had het gevoel zich daar te moeten invechten, wat haar niet lukte. Bovendien zou het tehuis in de toekomst worden afgebroken, wat geen opbeurende gedachte was. Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat zij geen enkel plezier meer in het leven had, ook geen zin had in een bezoek van kinderen of kleinkinderen, en voor alles bang was. Zij was bang om op te staan en om naar bed te gaan, voelde zich de hele dag uitgeput en had geen fut om maar iets te doen. Zij had geen hobby's, zat alleen maar op de bank. Wanneer zij de televisie aanzette kon zij het programma niet volgen. Buiten haar kinderen zag zij niemand. Zij durfde niet naar buiten te gaan omdat zij bang was voor de vragen die haar gesteld zouden kunnen worden. Zij was alleen maar aan het piekeren, had hoofdpijn (haar hoofd voelde als een blok beton), had last van hartkloppingen en een slechte eetlust. De laatste drie jaar voor overlijden was zij 26 kg afgevallen. Patiënte voelde zich gevangen in haar huis en in haar lichaam. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.
Patiënte had eerder met haar eigen huisarts over euthanasie gesproken en een schriftelijke wilsverklaring ondertekend. Omdat de huisarts niet op haar verzoek wilde ingaan is patiënte ongeveer een jaar voor het overlijden aangemeld bij de Stichting Levenseindekliniek. De arts heeft contact gehad met betreffende huisarts. Circa drie weken voor het overlijden heeft patiënte de arts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar verzoek vervolgens herhaald.

De arts gaf in een gesprek met de commissie een nadere mondeling toelichting waarin hij onder meer het volgende verklaarde.
In het dossier bevindt zich correspondentie uit het jaar van overlijden afkomstig van een klinisch geriater, een brief van twee jaar voor het overlijden afkomstig van een Nurse Practitioner van een psychiatrisch centrum en een brief van acht jaar voor het overlijden afkomstig van een psychiater, van hetzelfde psychiatrisch centrum waar hij kennis van had kunnen nemen. Patiënte leed sinds de overgang aan depressies. Zij is daarvoor jarenlang door psychiaters behandeld met zowel medicatie als ECT's. De laatste drie jaren hadden deze behandelingen geen effect meer. Wel trad er bij patiënte geheugenverlies op als gevolg van de ECT's. Het uitblijven van effect en de ervaren bijwerking waren voor patiënte reden om geen verdere behandeling meer te willen ondergaan. De arts had op grond van zijn eigen ervaring en op grond van de uitkomst van het multidisciplinair overleg van de Levenseindekliniek geen enkele twijfel over de vraag of patiënte uitbehandeld was, wilsbekwaam was en in aanmerking kon komen voor honorering van haar euthanasieverzoek.
De arts had niet overwogen een tweede deskundige naast de SCEN-consulent te raadplegen. De SCEN-consulent was namelijk eveneens van mening geweest dat patiënte uitbehandeld was, ondraaglijk leed en niet suïcidaal was, maar wilsbekwaam. De arts verklaarde niet bekend te zijn met de 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Hij beschouwde een depressie als een chronische ziekte en zag niet in waarom het nodig was bij een depressie een extra consulent-psychiater te raadplegen. De arts lichtte toe dat hij telefonisch contact had gelegd met de huisarts van patiënte. Tijdens het gesprek begreep hij dat er geen goed contact bestond tussen de huisarts en patiënte en dat de huisarts patiënte wat theatraal vond. Voor de huisarts was de euthanasiewens van patiënte niet zodanig invoelbaar dat hij bereid was om op haar wens in te gaan. Daarop was patiënte door een naast familielid aangemeld bij de Stichting Levenseindekliniek. Patiënte is ongeveer een half jaar voor overlijden door de huisarts op advies van de Levenseindekliniek naar een klinisch geriater verwezen. De bemoeienis van de klinisch geriater met patiënte speelde zich af in de periode voordat hijzelf contact met patiënte had gekregen. Hij had wel telefonisch contact met de klinisch geriater gehad.
De arts lichtte desgevraagd toe dat hij tweemaal met patiënte had gesproken, de eerste keer ruim drie weken voor het overlijden, de tweede keer drie dagen later. Bij het eerste gesprek waren twee kinderen van patiënte aanwezig geweest en bij het tweede gesprek twee andere kinderen van patiënte. Hij had tijdens deze twee gesprekken nooit met patiënte alleen gesproken. De kinderen hadden zich echter niet in het gesprek gemengd tenzij hij hen daarom vroeg.
De commissie overwoog voor wat betreft het vrijwillig en weloverwogen verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het consultatievereiste het volgende.
In het geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij een psychiatrische patiënt is het van groot belang om naast de onafhankelijke consulent een of meer artsen, onder wie bij voorkeur een psychiater, te raadplegen, die een deskundig oordeel kunnen geven ten aanzien van onder andere de wilsbekwaamheid van patiënt en de uitzichtloosheid van het lijden. Voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een dergelijke patiënt – ook van een patiënte als deze met een chronische vitale depressie – is immers bijzondere deskundigheid vereist. Dat geldt ook voor het kunnen beantwoorden van de vraag of er ondanks de voorgeschiedenis nog behandelmogelijkheden zijn.
Uit de meldingsgegevens die de arts heeft aangeleverd en uit de mondeling door hem aan de commissie verstrekte toelichting, is het de commissie niet gebleken dat de arts dit voldoende voor ogen heeft gehad. Van de richtlijn over het omgaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie bleek hij niet op de hoogte. Hij had weliswaar kennis genomen van correspondentie van een psychiater van acht jaar voor het overlijden en van een GGZ instelling van twee jaar voor het overlijden, maar heeft niet zelf een psychiater geraadpleegd om te verifiëren of er nog actuele behandelingsmoge-

lijkheden waren en of het verzoek om levensbeëindiging van patiënte mogelijk ingegeven was door een vitale depressie. De in het dossier aangetroffen correspondentie van meest recente datum was afkomstig van een klinisch geriater en betrof een behandelingsadvies. Het telefonische contact met deze deskundige twee weken voorafgaand aan het overlijden kan slechts ten dele gezien worden als het consulteren van een deskundige in het kader van een euthanasieprocedure. De verklaring van de arts dat hij het raadplegen van een tweede consulent niet had overwogen omdat de SCEN consulent, evenals hijzelf, tot het oordeel was gekomen dat patiënte wilsbekwaam was, getuigt van een onderschatting van de eisen waaraan een adequate beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging van een psychiatrische patiënt moet voldoen. Dat geldt zeker nu zowel hijzelf als de SCEN-arts beiden huisarts waren en als zodanig niet specifiek deskundig op het terrein van de psychiatrie. Het is de commissie in deze specifieke casus verder opgevallen dat de arts patiënte slechts tweemaal gesproken heeft binnen een zeer kort tijdbestek; er lag ook maar weinig tijd tussen die gesprekken en de hulp bij zelfdoding. Bovendien vonden die gesprekken telkens in aanwezigheid van haar kinderen plaats en heeft de arts patiënte niet alleen gesproken.
Door aldus te werk te gaan heeft de arts niet aannemelijk kunnen maken dat hij zich een voldoende onderbouwd oordeel heeft kunnen vormen, niet alleen ten aanzien van de vraag of er wellicht toch nog behandelopties waren, maar in het bijzonder ook ten aanzien van de consistentie, weloverwogenheid en vrijwilligheid van het verzoek bij een patiënte als deze, die kennelijk veel wisselingen in haar stemmingen en emoties heeft doorgemaakt (zij was in een recent verleden suïcidaal maar had anderzijds twee jaar voor het overlijden nog volop genoten van haar vakantie).
De commissie stelt vast dat de arts niet met de behoedzaamheid te werk is gegaan die bij het verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt verwacht mag worden. Hij had in dit geval meer tijd moeten nemen voor gesprekken met patiënte (ook buiten aanwezigheid van haar kinderen) en – zeker nu het zowel hemzelf als de consulent aan psychiatrische deskundigheid ontbrak – nog een extra deskundige moeten consulteren, in het bijzonder om zich te laten overtuigen van de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar verzoek om hulp bij zelfdoding.
De arts heeft *niet* gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 lid 1 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

CASUS 2014-70

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de Code of Practice p. 26 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-70 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing

AANDACHTSPUNT: psychiatrische aandoening

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, had een borderline persoonlijkheidsstoornis, een posttraumatische stressstoornis en een, met de persoonlijkheidsstructuur samenhangende, neiging tot dissociëren en automutileren. Ook waren er depressieve gevoelens, maar geen klinische depressie. Patiënte was jarenlang opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen in verband met zelfmoordpogingen, automutilatie, depressiviteit, depersonalisatie en onmacht. Zij onderging alle aangeboden behandelingen, maar de klachten namen niet af. De arts, haar behandelend psychiater, vroeg een second opinion bij een collega-psychiater. Deze concludeerde dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van ondraaglijk lijden en van uitzichtloos lijden. Door de consulent werd de arts bevestigd in het oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, had een borderline persoonlijkheidsstoornis, een posttraumatische stressstoornis en een, met de persoonlijkheidsstructuur samenhangende, neiging tot dissociëren en automutileren. Ook waren er depressieve gevoelens, zonder dat er sprake was van een klinische depressie.
In de twintig jaar vóór het overlijden is patiënte veertien jaren opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen in verband met zelfmoordpogingen, automutilatie en sterke gevoelens van depressiviteit, depersonalisatie en onmacht. Gedurende de lange opnameperiode zijn haar klachten niet wezenlijk verbeterd en is haar sociaal functioneren eerder verslechterd dan verbeterd. Vervolgens is zij naar een beschermde woonvorm verhuisd, waarbij zij onder behandeling kwam van een klinisch psycholoog/psychotherapeut, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de arts, een psychiater. In die periode heeft zij een EMDR-therapie, een VERS-training, een stabilisatiecursus en op structuur gerichte dagbehandelingen gehad en is zij verschillende keren opgenomen geweest onder andere om de medicamenteuze behandeling optimaal in te stellen. Zij greep alle behandelingen die haar werden aangeboden aan en zette zich ervoor in, maar de klachten namen niet af.
Ongeveer een jaar voor het overlijden heeft patiënte een tentamen suicidii gedaan. Daarna heeft zij een euthanasievraag bij haar behandelaren, onder wie de arts, neergelegd.
Patiënte heeft vervolgens nog een behandeling met lithium en quetiapine gehad. Echter zonder het gewenste resultaat. Ook is een intensieve behandeling voor haar persoonlijkheidsstoornis voorgesteld, maar het bleek dat er geen behandeling mogelijk was in een voor patiënte haalbare setting.
Volgens de arts had patiënte alle noodzakelijke behandelingen gehad die gericht waren op vermindering van de klachten dan wel het er meer controle over verwerven, echter zonder resultaat en in ieder geval zonder vermindering van de lijdensdruk.
De arts heeft nog een second opinion gevraagd bij een collega psychiater, die bevestigde dat de relevante behandelingen waren gedaan.
Het lijden van patiënte bestond uit vrijwel continue gespannenheid, forse problemen met haar emotieregulatie en het overweldigd worden door herbelevingen die zij niet kon hanteren, zoals herinneringen aan pesterijen. Zij ervoer gevoelens van leegte en dissociatie. Zij leed onder innerlijke pijn en herbelevingen van diepe en heftige trauma's. Ook leed zij onder nachtmerries en de herrie in haar hoofd, waardoor zij nooit rust had en uitgeput was geraakt. Patiënte voelde zich minderwaardig en was niet in staat om haar zelfbeeld te corrigeren. Zij ervoer contacten met anderen snel als een bedreiging en het alledaagse leven was voor haar een constante, (bijna) onmogelijke, opgave. Zij ervoer onmacht om iets te kunnen veranderen aan haar situatie. Spanning en gevoelens van leegte reguleerde zij met automutilatie. Ook had zij eetproblemen en last van dwanggedachten en -handelingen.

Patiënte had een zeer lang bestaande doodswens, die zij de afgelopen jaren consistent had geuit. Nadat zij de afweging had gemaakt zich niet te suïcideren heeft zij, acht maanden voor het overlijden, voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken.
Anderhalve maand voor het overlijden heeft patiënte de arts om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Ruim een maand voor het overlijden heeft de arts een second opinion aangevraagd bij een collega psychiater. Na onderzoek van patiënte kwam de psychiater tot de conclusie dat er sprake was van een vrijwillig en duurzaam verzoek op grond van een als ondraaglijk ervaren lijden bij een in behandelopzicht uitzichtloos gebleken psychisch ziektebeeld. Volgens de psychiater overzag patiënte de consequenties van haar verzoek. Na dossieronderzoek was de psychiater er van overtuigd dat de relevante behandelingen hadden plaatsgevonden. Haar familie stond achter haar verzoek en ook de psychiater kon achter de uitvoering van haar verzoek staan.
Volgens de arts was patiënte wilsbekwaam en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook was hij er van overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De commissie overweegt dat er in het geval dat er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft immers, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een collega psychiater geraadpleegd, die zich uitsprak over de wilsbekwaamheid van patiënte en die concludeerde dat er geen relevante behandelopties meer waren. Patiënte was in staat om de gevolgen van haar beslissing te overzien, haar wens was consistent en al langere tijd aanwezig.
Door de consulent werd de arts bevestigd in zijn oordeel dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan en dat met name na een leven in de intramurale psychiatrie het lijden van patiënte uitzichtloos was, dat haar wens al zeer lang bestond en weloverwogen was en dat er voor haar geen reële alternatieven meer waren.

CASUS 2014-72

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met een psychiatrische aandoening de Code of Practice p. 26 en verder. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-72 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ontbreken van een redelijke andere oplossing

AANDACHTSPUNT: psychiatrische aandoening

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, maakte in haar jeugdjaren een traumatische ervaring door, werd affectief verwaarloosd en geestelijk mishandeld. De diagnose persoonlijkheidsstoornis met borderline kenmerken werd gesteld. Patiënte werd daarvoor behandeld door een psychiater en een psycholoog. Acht jaar voor overlijden ontstonden bij patiënte hevige pijnklachten als gevolg van een hernia, die na een operatie nooit helemaal waren verdwenen. In de jaren daarna was sprake van recidiverende depressies en suïcidaliteit. Patiënte doorliep alle behandelingen volgens het depressieprotocol, zonder blijvend resultaat. Haar behandelaren gingen niet in op haar euthanasiewens. De arts, verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek (SLK) en zelf geen psychiater, raadpleegde als consulent een psychiater/SCEN-arts, en een huisarts n.p./SCEN-arts. De arts heeft zeer behoedzaam gehandeld, door zich enerzijds door diverse behandelaars (huisarts, psychiater en GZ-psycholoog) en naasten van patiënte te laten informeren en anderzijds een onafhankelijke psychiater te raadplegen om na te gaan of er nog een reële behandelingsmogelijkheid bestond en om de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens vast te stellen.

Patiënte, een vrouw van 60-70 jaar, maakte in haar jeugdjaren een traumatische ervaring door, werd affectief verwaarloosd en geestelijk mishandeld. Drieëntwintig jaar voor overlijden werd de diagnose persoonlijkheidsstoornis met borderline kenmerken gesteld. Rond die periode is patiënte jarenlang ambulant behandeld door een psychiater en een psycholoog. Tevens kreeg zij medicatie. Deze behandelingen hadden redelijk effect. Vervolgens kende patiënte een redelijk rustig decennium waarin zij – ondanks momenten van woede uitbarstingen en automutileren – geen psychiatrische hulp zocht. Acht jaar voor overlijden ontstonden bij patiënte hevige pijnklachten als gevolg van een hernia in de lumbale wervelkolom. Patiënte werd hiervoor geopereerd en kreeg pijnstilling. De pijnklachten zijn echter nooit helemaal verdwenen. Vanaf deze periode heeft patiënte zich nooit meer goed gevoeld. In de jaren die volgden heeft patiënte onder invloed van ernstige recidiverende depressies in het totaal viermaal een suïcidepoging met behulp van medicatie ondernomen. Al haar pogingen werden – tegen haar zin – verijdeld. Een jaar voor overlijden werd geconstateerd dat bij patiënte sprake was van een chronische en persisterende suïcidaliteit bij een ernstige persoonlijkheidspathologie in combinatie met recidiverende depressieve episoden. Patiënte heeft alle mogelijke behandelingen volgens het depressieprotocol doorlopen inclusief een

ECT behandeling zonder blijvend resultaat. Daarnaast kreeg zij gesprekstherapie. Genezing was niet meer mogelijk.
Verdere anamnese vermeldt huidcarcinomen op het been, twee jaar voor overlijden, waarvoor patiënte adequaat werd behandeld.
Het lijden van patiënte bestond uit volledige uitputting als gevolg van diepe depressies en pijn en beperkingen als gevolg van de hernia. Niets kon haar meer interesseren. Televisiekijken en lezen kon zij niet meer opbrengen. Als gevolg van de uitputting en de pijn moest zij rust nemen. Tijdens die rustmomenten begon zij te piekeren. Iedere dag was haar teveel. Zij leed tevens onder de wetenschap dat er geen enkel uitzicht op verbetering van haar situatie bestond.

Patiënte had eerder met diverse behandelaren over euthanasie gesproken en hen ook daadwerkelijk om euthanasie verzocht. De laatste behandelaren wilden om hen moverende redenen niet op haar verzoek ingaan. Vervolgens heeft patiënte zich circa een jaar voor overlijden bij de Stichting Levenseindekliniek aangemeld. Vier maanden voor het overlijden heeft patiënte haar verzoek aan een psychiater van deze kliniek gedaan. Ruim anderhalve maand voor het overlijden heeft patiënte de arts, zelf geen psychiater, om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Zij heeft haar verzoek tijdens de volgende twee bezoeken van de arts en tijdens telefonische contacten herhaald.
De arts raadpleegde als consulent tweemaal een onafhankelijke SCEN-arts, onder wie een onafhankelijke psychiater.
De eerste consulent, onafhankelijk psychiater, bezocht patiënte vier dagen voor de levensbeëindiging nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de eerste consulent waren er gedurende het gesprek depressieve kenmerken aanwezig.
In haar verslag kwam de eerste consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat er geen behandelmogelijkheden meer bestonden die een reële kans op een gunstige uitkomst aan patiënte konden bieden. Patiënte was wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek.
De tweede consulent, huisarts n.p., bezocht patiënte twee dagen voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie, inclusief de bevindingen van de eerste consulent.
De tweede consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. Volgens de tweede consulent reageerde patiënte adequaat en waren haar antwoorden helder. Patiënte was wilsbekwaam ten aanzien van haar euthanasieverzoek.
In zijn verslag kwam de tweede consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.
In het geval van euthanasie bij een psychiatrische patiënt is het van groot belang om naast de onafhankelijke consulent een of meer artsen, onder wie bij voorkeur een psychiater, te raadplegen die een deskundig oordeel kunnen geven ten aanzien van onder andere de wilsbekwaamheid van de patiënt en de uitzichtloosheid van het lijden.
Uit de stukken die de arts heeft aangeleverd werd het de commissie voldoende duidelijk dat de arts zeer behoedzaam was opgetreden. De arts heeft zich enerzijds door diverse behandelaars (huisarts, psychiater en GZ-psycholoog) en naasten van patiënte laten informeren en anderzijds een onafhankelijke psychiater geraadpleegd om na te gaan of er nog een reële behandelingsmogelijkheid bestond en om de wilsbekwaamheid van patiënte vast te stellen ten aanzien van haar euthanasiewens.

CASUS 2014-37

In deze casus is er sprake van een stapeling van ouderdomsaandoeningen waarbij psychiatrische problematiek onderdeel van het lijden uitmaakt. Zie hiervoor ook de Code of Practice p. 13, 26, 31 en 32. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-37 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

AANDACHTSPUNT: combinatie van somatische aandoeningen en psychiatrische problematiek

SAMENVATTING: Bij patiënt, een man van 80-90 jaar, was sprake van een combinatie van geestelijke en lichamelijke klachten. Hij zag en hoorde slecht, er waren complicaties na een heupfractuur en hij had maagklachten. Er was sprake van beginnende cognitieve achteruitgang met woordvindstoornissen. Patiënt had een rigide persoonlijkheid en was erg eenzaam. Patiënte meldde zich bij de Stichting Levenseindekliniek (SLK) omdat de huisarts gezien de complexiteit niet wilde ingaan op het verzoek. Vier maanden voor de levensbeëindiging bezocht een verpleegkundige van de SLK patiënt. Arts en verpleegkundige betwijfelden daarna of kon worden gesproken over een medische grondslag voor het lijden van patiënt. Een geraadpleegde, onafhankelijke psychiater stelde vast dat er geen behandelmogelijkheden meer waren en dat er sprake was van een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Mede gezien de lichamelijke problematiek van patiënt (een stapeling van ouderdomsklachten) was de arts toen tot het inzicht gekomen dat er voldoende grondslag was om in te gaan op het verzoek. De arts kon tot de overtuiging komen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Bij patiënt, een man van 80-90 jaar, bestond een combinatie van aandoeningen waarbij lichamelijke en geestelijke klachten een rol speelden. Patiënt was slechthorend, zag slecht, liep moeilijk na een heupfractuur en was bang te vallen. Hij had ook veel last van onbegrepen maagklachten waardoor hij slecht sliep. Ook bestonden woordvindstoornissen en was er sprake van een beginnende cognitieve achteruitgang. Daarnaast was patiënt erg eenzaam met name als gevolg van zijn rigide persoonlijkheid.
Hij leed onder het feit dat zijn actieradius sterk verminderd was en hij zijn hobby's niet meer kon uitoefenen. Patiënt was bang de regie over zijn leven te zullen verliezen.
Patiënt ervoer zijn lijden als ondraaglijk. De arts was ervan overtuigd dat het lijden voor patiënt ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was. Dit omdat patiënt een diep triest leven achter de rug had. Hij had het idee altijd te laat te zijn en hij had niet gekregen wat hij wilde zoals een vrouw, een gezin, liefde.
Er waren geen voor patiënt aanvaardbare mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. De mogelijkheid van versterven was diverse malen met patiënt besproken maar gezien zijn ervaringen in de oorlog met honger was deze mogelijkheid geen optie voor patiënt. Bovendien zou dit traject door zijn huisarts begeleid moeten worden en hij had geen goede relatie met haar.
Enkele jaren voor het overlijden heeft patiënt de huisarts om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.
De huisarts benaderde een eerste psychiater omdat de huisarts een psychiatrische stoornis of depressie wilde uitsluiten.
Volgens de eerste psychiater was patiënt levensmoe zonder dat er sprake was van ondraaglijk lijden in psychiatrische of fysieke zin. Patiënt was wilsbekwaam. Hoewel er volgens de eerste psychiater sprake was van een PTSS met nachtelijke herbeleving ten gevolge van meerdere trauma's in zijn jeugd naast affectieve verwaarlozing, was de bijdrage hiervan aan zijn levensmoeheid beperkt. Eenzaamheid en moeite met de huidige maatschappij speelden een grotere rol. Volgens de eerste psychiater voldeed patiënt niet aan de voorwaarden

om voor euthanasie in aanmerking te komen. Enkele dagen na dit gesprek vond het eerste gesprek tussen arts en patiënt plaats.
Zeven maanden voor de levensbeëindiging meldde patiënt zich aan bij de SLK. Patiënt had de mogelijkheid van euthanasie al zeer dikwijls met zijn huisarts besproken maar volgens patiënt wilde zij niet ingaan op zijn wens. De huisarts gaf in het gesprek met de arts aan dat zij gezien de complexiteit van de casus niet kon ingaan op het verzoek van patiënt. Het contact tussen huisarts en arts verliep steeds plezierig en de huisarts gaf inzage in de uitgebreide HIS. Gedurende het euthanasieproces sprak de arts driemaal uitgebreid over de casus met de huisarts van patiënt.
Gezien de problematiek bezocht een verpleegkundige van de SLK patiënt vier maanden voor de levensbeëindiging voor een vooronderzoek. Zij stelde een uitgebreid verslag op van haar bevindingen. De verpleegkundige stelde dat er op dat moment geen medische grondslag was voor euthanasie. Zij was er wel van overtuigd dat patiënt leed maar dat dit vooral met zijn levensgeschiedenis en huidige situatie (beperkte actieradius, weinig sociale contacten) te maken had. Zijn grootste (ook reële) angst was de regie over zijn leven te verliezen.
Naar aanleiding van dit gesprek en in overleg met een psychiater van de SLK, besloot de arts patiënt te laten onderzoeken door een onafhankelijke tweede psychiater. Met name werd gevraagd of de psychiater nog behandelmogelijkheden zag.
Drie maanden voor de levensbeëindiging werd patiënt gezien door een onafhankelijke tweede psychiater. Volgens de tweede psychiater waren de traumatische levenservaringen de belangrijkste redenen voor de euthanasievraag. Hierdoor was patiënt niet in staat te realiseren wat hij altijd had gewild; hij was altijd voor alles in het leven te laat. Het ideaalbeeld was niet meer bereikbaar en daarom had hij niets meer om voor te leven.
De tweede psychiater constateerde dat patiënt een lang bestaande euthanasiewens had. In psychiatrisch opzicht was er sprake van een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling veroorzaakt door traumatische ervaringen in de vroege levensjaren waarbij de emotionele, sociale en psychoseksuele ontwikkeling volledig is gestagneerd. De diagnose luidde: een persoonlijkheidsstoornis met rigide, obsessief compulsieve en narcistische kenmerken. Volgens de tweede psychiater was er geen sprake van een PTSS. De tweede psychiater zag gezien de leeftijd van patiënt geen behandelmogelijkheden meer. Het lijden was, gezien de levensgeschiedenis van patiënt, fors. Met het wegvallen van zijn hobby's door een slecht zicht, slecht gehoor en afnemende mobiliteit kwam de dramatiek van zijn leven nog meer op de voorgrond te staan, hetgeen voor patiënt niet te verteren was.
Ruim twee maanden voor de levensbeëindiging bezochten de arts en de verpleegkundige patiënt om zijn euthanasiewens nogmaals te bespreken en ook het rapport van de tweede psychiater. De arts legde patiënt uit dat het onderzoek van de tweede psychiater had uitgewezen dat zijn euthanasieverzoek weloverwogen was en dat hij zijn lichamelijke klachten in combinatie met het psychisch lijden reden zou kunnen zijn om in te gaan op het euthanasieverzoek. De arts stelde wel als voorwaarde dat patiënt nog enkele gesprekken zou voeren met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De gesprekken die volgden met de GGZ POH leidden echter niet tot afname van de wens.
De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt een maand voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Hoewel er forse woordvindstoornissen waren kon de consulent zijn verhaal wel volgen. Volgens de consulent was het verzoek zeer weloverwogen geuit, blijkens de vele gesprekken met diverse artsen in de afgelopen jaren. Patiënt was wilsbekwaam. Het verzoek kwam niet voort uit een stemmingsstoornis maar werd wel gekleurd door een persoonlijkheidsstoornis. Voor patiënt was het lijden ondraaglijk.
In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Mondelinge toelichting arts

De commissie heeft de arts uitgenodigd voor een mondeling toelichting over de medische grondslag van het lijden. De arts gaf onder meer de volgende toelichting.
Patiënt werd vier maanden voor het overlijden gezien door de arts en verpleegkundige van de SLK in het kader van zijn aanmelding bij de SLK. Beiden vonden na het bezoek dat zijn verzoek niet door de SLK in behandeling genomen kon worden. Er was volgens de arts onvoldoende medische grondslag om in te gaan op het verzoek. Er waren wel lichamelijke klachten maar levenseindeproblematiek leek op de voorgrond te staan. De arts vond de stapeling van ouderdomsziekten niet zodanig ernstig dat zij kon vaststellen dat het lijden invoelbaar ondraaglijk was voor patiënt.
Twee maanden later werd patiënt opnieuw bezocht door de arts en was er sprake van een ommekeer in het denken van de arts en besloot zij het euthanasietraject in te gaan.
Er was geen sprake van een "knik" in het lijden van patiënt geweest maar de wens van patiënt werd geleidelijk steeds sterker door toename van de klachten. De arts legde uit waardoor de verandering in haar opvatting was ontstaan.
Patiënt was geen charismatisch mens en hij kon je niet goed overtuigen. Het kostte tijd om hem te leren kennen. Patiënt had een moeilijk leven achter de rug en hij had altijd het gevoel gehad overal "te laat" voor te zijn.
De complexiteit, die de arts ook onderkende, zat hem in het feit dat patiënt een moeilijke man was die zich moeilijk kon uitdrukken, maar ook in het feit dat er sprake was van een stapeling van lichamelijke en geestelijke klachten. Patiënt had veel last van maagklachten waardoor hij slecht sliep, hij liep slecht na een heupfractuur en zag slecht. Patiënt had steeds meer in moeten leveren en hij kon hier niet mee omgaan. Hij had plastic voor de ruiten geplakt zodat hij zijn tuin niet meer zag; hij kon daar niet meer in lopen. Patiënt maakte snel ruzie met anderen en was achterdochtig. Hij voelde zich zijn hele leven te kort gedaan en was altijd eenzaam geweest.
Patiënt had veel moeite zijn fysieke achteruitgang te accepteren. Hij had altijd kunnen functioneren dankzij zijn intellect; eerst door zijn werk en later door te lezen. Nu dit niet meer kon was het leven doelloos.
De arts zag eerst onvoldoende medische grondslag maar door de bezoeken aan en telefoongesprekken met patiënt, met diens huisarts en met zijn neef ontstond begrip voor de ondraaglijkheid van het lijden voor patiënt. Het onvermogen van patiënt tot "coping" werd steeds duidelijker. Dat de arts zich eerst had gefocust op de lichamelijke klachten kwam ook door de houding van patiënt. Patiënt zag zelf alleen zijn lichamelijke problematiek, dat het ondraaglijke van deze klachten werd veroorzaakt door zijn persoonlijkheidsstoornis kon hijzelf op basis van deze stoornis niet onder woorden brengen. De arts schakelde met goedvinden van patiënt een onafhankelijk psychiater in. De psychiater stelde na een bezoek van drie uur aan patiënt vast dat er sprake was van een ernstige persoonlijkheidsstoornis die mede gezien de leeftijd van patiënt niet meer te behandelen was. Hierdoor was het voor de arts duidelijk dat het lijden met name werd veroorzaakt door een opeenstapeling van lichamelijke ouderdomsklachten in combinatie met zijn ernstige persoonlijkheidsstoornis.

De commissie overweegt wat de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden betreft het volgende.
De ondraaglijkheid van het lijden wordt uiteindelijk bepaald door de persoon van de patiënt, diens fysieke en psychische draagkracht als gevolg van levenservaringen en biografie èn de manier waarop de toekomst wordt ervaren. In het onderhavige geval speelden vooral deze elementen een grote rol in de beleving van de ondraaglijkheid van het lijden van patiënt.
Met name na het gesprek met de arts is het voor de commissie duidelijk geworden dat de arts tot de overtuiging is kunnen komen dat er voor patiënt sprake was van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat in overwegende mate werd veroorzaakt door een ernstige persoonlijkheidsstoornis die, met name gezien de leeftijd van patiënt niet meer te behandelen was.

CASUS 2014-03

Zie voor de aandachtspunten bij patiënten met dementie de Code of Practice p. 27 en verder. In de Code of Practice zijn de aandachtspunten voor de ondraaglijkheid van het lijden beschreven op p. 14 en de aandachtspunten voor de medische grondslag van het lijden op p. 13, 31 en 32. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-03 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEIS: uitzichtloos en ondraaglijk lijden

AANDACHTSPUNTEN: dementie, medische grondslag van het lijden

SAMENVATTING: Patiënt, een man van 80-90 jaar, kreeg geheugenproblemen en ging het laatste jaar vooral in cognitief opzicht verder achteruit. Er bestond geen twijfel over zijn wilsbekwaamheid. De arts, een huisarts, kon op grond van onderzoeksresultaten en eigen waarnemingen aan de hand van de NHG-Standaard Dementie tot de overtuiging komen dat patiënt aan lichte dementie leed. Patiënt, een hoogopgeleide man die gewend was op zeer hoog cognitief niveau te functioneren, leed vooral onder het verlies van grip op zijn geestelijke vermogens en de angst voor verdere aftakeling. Hij schaamde zich en maakte op de arts een radeloze, paniekerige indruk. De arts kon in redelijkheid tot de overtuiging komen dat dit lijden voor deze patiënt, gezien diens geschiedenis en persoonlijkheid, ondraaglijk was. De arts heeft voor de commissie voorts aannemelijk gemaakt dat het lijden van patiënt niet kon worden verlicht door psychosociale interventies. Nu sprake was van ondraaglijk lijden met een medische grondslag, was klaar-met-leven-problematiek niet aan de orde.

Patiënt, een man van 80-90 jaar, had de laatste jaren voor het overlijden klachten van toenemende vergeetachtigheid. Vier jaar voor het overlijden stelde een geriater vast dat het geheugen van patiënt duidelijk minder was dan vier jaar eerder en beneden het verwachte niveau lag. Bij de leertaak scoorde patiënt beneden het gemiddelde. De MMSE-score was 29/30. De geriater achtte behandeling met een acetylcholinesteraseremmer toen geïndiceerd. Omdat patiënt veel last kreeg van de bijwerkingen van deze medicatie, werd de behandeling echter gestaakt. Aangezien patiënt bemerkte dat zijn klachten nadien in ernst toenamen, werd hij ongeveer negen maanden voor het overlijden opnieuw onderzocht. Een ouderenpsychiater constateerde toen dat er ten opzichte van het eerdere onderzoek geen sprake was van een significante achteruitgang. Wel was volgens deze arts de uitvoering van geheugenleertaken beneden het niveau dat verwacht mocht worden bij een patiënt met een bovengemiddelde intelligentie. Op de overige domeinen werden geen stoornissen geobjectiveerd. De geobjectiveerde MMSE-score was gedaald naar 26/30. Tevens kreeg patiënt toenemend last van vermoeidheidsklachten. Daarnaast kampte patiënt met afname van visus, gehoor en motorische vaardigheden. De arts concludeerde uiteindelijk dat bij patiënt sprake was van lichte dementie. Genezing was niet mogelijk.
Het lijden van patiënt bestond uit het progressief verslechteren van zijn cognitief vermogen, zowel wat betreft inprenting als geheugen. Hij kon daardoor al lange tijd niet meer de vraagbaak zijn op specifieke terreinen zoals hij in zijn hooggekwalificeerde werk altijd was geweest. Voor patiënt was dit heel beschamend. Hij leed ook onder de angst voor verdere lichamelijke aftakeling. Verder was patiënt bang dat hij steeds meer afhankelijk zou worden van zijn partner en dat hij bij toenemende achteruitgang in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen en niet meer in staat zou zijn om euthanasie te verzoeken.
Hij beschouwde voor zichzelf (vergevorderde) dementie als een vernederende aftakeling en als een mensonwaardig bestaan. Daaruit vloeide voort dat hij zijn lijden als ondraaglijk ervoer.
Patiënt had eerder met de voorganger van de arts in algemene zin over euthanasie gesproken tijdens het inleveren van een schriftelijke wilsverklaring.
Tien maanden voor het overlijden heeft patiënt de arts voor het eerst om daadwerkelijke

uitvoering van de levensbeëindiging verzocht en heeft zijn verzoek bij vrijwel ieder daarop volgend contact met de arts herhaald. Hij had zijn schriftelijke wilsverklaring geactualiseerd en in verscheidene brieven aan de arts met kracht aangedrongen op levensbeëindiging.

De arts raadpleegde als consulent een onafhankelijke huisarts, tevens SCEN-arts. De consulent bezocht patiënt ruim anderhalve maand voor de levensbeëindiging nadat hij door de arts over patiënt was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De consulent gaf in zijn verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënt. Volgens de consulent was patiënt volledig wilsbekwaam en in staat een helder betoog te houden over de forse achteruitgang van zijn geheugen. Patiënt besefte heel goed dat hij niet meer op hetzelfde intellectueel niveau kon functioneren als vroeger en aanvaardde dit feit. Hij voelde echter dat hij inmiddels tot een wel heel laag niveau gezakt was en bemerkte steeds verdere achteruitgang. Patiënt ervoer het concentratieverlies en in toenemende mate zijn verlies van grip op zijn geestelijke vermogens als heel belastend; voor hem was dit een vernederende achteruitgang als persoon. Hij schaamde zich ervoor en meed om deze reden liever het contact met vrienden en bekenden. Patiënt leed ook onder de angst voor verdergaande lichamelijke en geestelijke aftakeling en voor een dan noodzakelijke opname in een verpleeghuis, aldus de consulent. In zijn verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënt tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

De commissie overweegt het volgende.
De commissie is zich er van bewust van dat de casus in meerdere opzichten bijzonder is. Hij is onder meer bijzonder op het punt van de medische grondslag van het lijden (lichte dementie), maar ook omdat patiënt in dit verband een relatief hoge MMSE-score had: 26. Bovendien had patiënt (aanvankelijk) nog relatief weinig objectiveerbare klachten, waar hij echter wel ondraaglijk aan leed. Voorts speelt de vraag naar de noodzaak van een second opinion een rol van betekenis. Een en ander heeft reden gegeven voor het stellen van vragen aan de arts en de consulent en voor het verzoek aan beiden om een mondelinge toelichting te geven.

Bij het onderzoek of aan de wettelijke criteria is voldaan zijn bij de commissie vragen gerezen over:

a. de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek;
b. de vraag of een toereikende medische grondslag bestond voor het lijden van de patiënt;
c. de vraag of de arts het advies van een deskundige had moeten vragen;
d. de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden.
e. was er sprake van "klaar-met-leven"-problematiek?

Ad a. De vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek

Bij de arts en de consulent bestond geen enkele twijfel over het vermogen van patiënt om op zijn ziekte te reflecteren. Patiënt overzag de consequenties van zijn verzoek. Hij was volledig wilsbekwaam en had het laatste jaar voor zijn overlijden bij voortduring aan de arts kenbaar gemaakt dat hij hulp bij zelfdoding wenste. In een eerder stadium had patiënt al aan de voorganger van de arts een schriftelijke euthanasieverklaring overhandigd, welke verklaring hij in het jaar van overlijden heeft geactualiseerd. Zijn verzoek om euthanasie bestond al geruime tijd en er was geen aanleiding om te veronderstellen dat er druk op hem was uitgeoefend.
De commissie heeft evenmin twijfels over de vraag of patiënt weloverwegen en bewust om levensbeëindiging verzocht. Patiënt persisteerde juist zodanig in zijn doodswens dat bij de commissie zelfs de vraag opkwam of de arts door hem teveel onder druk werd gezet. Het antwoord van de arts op dit punt acht de commissie overtuigend. In haar schriftelijke en mondelinge toelichting heeft de arts onderbouwd dat zij zich niet door patiënt geïmponeerd

voelde, dat zij door zijn aandringen eerder geïrriteerd werd, maar dat zij goed met de situatie kon omgaan en in staat was om nuchter naar het verzoek van patiënt te kijken.

Ad b. De medische grondslag van het lijden van de patiënt

De arts heeft aan de hand van de NHG-Standaard Dementie geconcludeerd dat bij patiënt sprake was van (lichte) dementie. Deze standaard geeft huisartsen richtlijnen voor het signaleren van dementie, de diagnostiek bij vermoeden van dementie en de begeleiding en behandeling van patiënten met dementie en hun naasten. Voor de arts behoort de NHG-standaard leidend te zijn voor haar behandeling.

Voor het bepalen van de medische grondslag is in ieder geval noodzakelijk dat aan de criteria van de standaard is voldaan, maar het enkele feit dat die grondslag aldus is bepaald leidt er nog niet toe dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld. Voor het oordeel over de (on)zorgvuldigheid van het handelen zijn alle omstandigheden van het geval van belang.

Het is de commissie gebleken dat een geriater vier jaar voor het overlijden heeft vastgesteld dat het geheugen van patiënt, een hoogopgeleide man, achteruit was gegaan en beneden het verwachte niveau lag en dat patiënt bij de leertaak beneden het gemiddelde scoorde. Patiënt werd toen enige tijd behandeld met een acetylcholinesteraseremmer. Ongeveer negen maanden voor het overlijden constateerde een ouderenpsychiater dat er ten opzichte van het eerdere onderzoek vier jaar geleden geen sprake was van een significante achteruitgang. Wel was volgens deze psychiater de uitvoering van geheugen-leertaken beneden het niveau dat verwacht mocht worden bij een patiënt met een bovengemiddelde intelligentie. De MMSE-score was sinds het eerdere onderzoek met drie punten gedaald naar 26/30. Een MMSE-score van minder dan 24 is volgens de NHG standaard “sterk indicatief” voor lichte dementie. Die score is echter niet uitsluitend bepalend: volgens de NHG-standaard kunnen patiënten met een hoog opleidingsniveau ondanks (bijna) optimale MMSE-scores toch dement zijn. Eveneens volgens de standaard kunnen stoornissen blijken uit de anamnese van de arts, niet alleen uit een MMSE-score.

Volgens de nadere schriftelijke en mondelinge toelichting van de arts was patiënt nadien in onder meer cognitief opzicht verder achteruitgegaan. Zij leidde dit af uit de verandering in zijn uiterlijk voorkomen, uit het feit dat hij constant overal aantekeningen van moest maken als geheugensteun, uit het feit dat hij de hele dag op zoek was naar zijn spullen en uit hetgeen patiënt vertelde over de achteruitgang van zijn geheugen. Bovendien kreeg patiënt volgens de arts steeds meer last van woordvindstoornissen en viel hij bij het vertellen van zijn verhaal in herhaling zonder dat te beseffen. De arts benadrukte verder dat patiënt een radeloze, paniekerige indruk op haar maakte en dat cognitief functioneren hem uiteindelijk dusdanig veel energie kostte dat hij overdag drie maal een uur moest slapen.

Gelet op voormelde onderzoeken en de door de arts tijdens haar vele contacten met patiënt in het laatste jaar voor het overlijden bij hem waargenomen veranderingen, waaronder de radeloosheid van patiënt en het decorumverlies, is voor de commissie aannemelijk geworden dat de arts aan de hand van de NHG-Standaard Dementie tot de overtuiging kon komen dat patiënt aan dementie – ook al was die licht – leed. Steun daarvoor is te vinden in de toepasselijkheid van de DSM-IV criteria voor “dementie niet anderszins omschreven”. De commissie acht verder aannemelijk dat de arts, ook gelet op de conclusies van de ongeveer negen maanden voor het overlijden door de arts geraadpleegde ouderenpsychiater, tot de overtuiging kon komen dat bij patiënt geen sprake was van een depressie of een aanpassingsstoornis. De arts kon voor haar overtuiging steun vinden in het oordeel van de consulent. Die heeft patiënt naar zijn zeggen op een goede dag gezien, maar naar zijn oordeel was toch aan de wettelijke criteria voldaan.

Ad c. Had de arts het advies van een deskundige moeten vragen?

Een van de kernvragen is of de arts onzorgvuldig heeft gehandeld door het raadplegen van een deskundige op het gebied van dementie achterwege te laten. Want ook al wordt in het beleid van de toetsingscommissies tot nu toe niet als absolute voorwaarde gesteld dat in

gevallen van dementie een deskundige wordt ingeschakeld, zij achten dit wel raadzaam. Naar het oordeel van de commissie kon de arts in dit geval die raadpleging achterwege laten. In de eerste plaats is volgens de NHG-Standaard de diagnostiek door een huisarts dat een patiënt dement is, in beginsel betrouwbaar. In de tweede plaats is van belang dat een second opinion er in gevallen als deze in de regel toe dient om te beoordelen of de patiënt wilsbekwaam is. Dat was hier niet aan de orde. In essentie zou de analyse van de deskundige dan alleen betrekking hebben op de vraag of bij de patiënt sprake was van een dementeringsproces en of verlichting dan wel passende behandeling mogelijk was. De commissie verwijst voor dit eerste vraagpunt naar haar overwegingen onder b en voor het tweede naar die onder d.
De commissie heeft kennis genomen van het voornemen van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om in dergelijke gevallen een second opinion verplicht te stellen. De commissie ziet geen reden om daarop te anticiperen, nog daargelaten de vraag hoe het voornemen geformuleerd zal worden.
Gelet op de voornoemde overwegingen is de commissie van oordeel dat de arts in redelijkheid heeft kunnen besluiten om geen second opinion te vragen.

Ad d. De uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden.

Uitgangspunt is dat de ondraaglijkheid van het lijden van een patiënt wordt bepaald door de actuele situatie, het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid van de patiënt. Dat zijn subjectieve elementen die slechts marginaal getoetst kunnen worden (cf. TK 1999-2000, 26 691 nr. 6 en TK 2000-2001, 26 691, nr. 24 sub 2): kon de arts in redelijkheid tot de overtuiging komen dat sprake was van ondraaglijk lijden?
In casu betrof het een hoogopgeleide patiënt die altijd gewend was geweest op zeer hoog cognitief niveau te functioneren. In zijn vakgebied functioneerde hij als vraagbaak. Voor patiënt was het besef van achteruitgang van zijn cognitieve vermogens dusdanig dat hij al tien maanden voor het overlijden te kennen had gegeven dat hij het leven ondraaglijk vond. Patiënt was niettemin bereid om gedurende de maanden die volgden te proberen nog allerlei zaken af te ronden ten behoeve van zijn dierbaren. Voor zichzelf ervoer hij dat echter als een opoffering. In deze periode en daarna ging de cognitieve toestand van patiënt verder achteruit. Hij heeft toen herhaaldelijk met de arts besproken waaruit zijn lijden bestond. Patiënt schaamde zich voor het verlies van grip op zijn geestelijke vermogens en meed daarom contacten met vrienden en bekenden. Hij kampte ook met het feit dat cognitief functioneren hem steeds meer energie kostte en hij hierdoor overdag veel moest slapen. Patiënt maakte in die periode op de arts een radeloze, paniekerige indruk. De consulent schetste een vergelijkbaar beeld van patiënt: zijn geestelijke achteruitgang maakte patiënt wanhopig.
Het actuele lijden van patiënt bestond daarnaast uit visus- en gehoorvermindering. Tevens leed patiënt onder de angst voor verdergaande lichamelijke en geestelijke aftakeling. Daarbij had hij concreet het beeld van een dementerend familielid voor ogen. Bovendien was patiënt door zijn vakkennis goed op de hoogte van het beloop van dementie. Hij wilde voorkomen dat de dementie zo (snel) voortschreed dat het hem misschien niet meer mogelijk zou zijn om euthanasie te verzoeken. Evenmin wilde hij toenemend afhankelijk van anderen worden en dan in een verpleeghuis moeten worden opgenomen.
De arts heeft verklaard dat zij aanvankelijk twijfelde of zij op het euthanasieverzoek van patiënt moest ingaan. In de loop van het jaar voorafgaand aan het overlijden had zij echter steeds meer inzicht gekregen in de elementen die voor deze patiënt de ondraaglijkheid van zijn lijden bepaalden en was dat voor haar invoelbaar geworden.
Ten aanzien van de uitzichtloosheid van het lijden geldt dat naar medisch vakkundig oordeel vast moet staan dat de situatie van patiënt niet te verbeteren is (eveneens cf. TK 1999-2000, 26 691 nr. 6 en TK 2000-2001, 26 691, nr. 24 sub 2 en 4). Zoals hiervoor overwogen was patiënt zodanig achteruitgegaan dat de arts uiteindelijk (lichte) dementie vaststelde. Van deze ziekte is geen genezing mogelijk. Verbetering van de cognitieve vermo-

gens van patiënt was dan ook geen reëel perspectief. Daarentegen was wel aannemelijk dat patiënt in cognitief en lichamelijk opzicht verder achteruit zou gaan. Van belang is verder dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat het lijden van patiënt niet kon worden verlicht door psychosociale interventies. Niet was gebleken van een depressie of een actuele aanpassingsstoornis. Van belang was ook dat patiënt in het geheel niet openstond voor verwijzing naar een psycholoog of een andere hulpverlener. Het enkele feit dat een patiënt weigert om passende alternatieven te onderzoeken is op zich niet maatgevend. Dat ligt echter anders als de arts tot de overtuiging kon komen dat geen realistisch behandelingsperspectief bestond (cf. TK 2000-2001, 26 691, nr. 137b sub 3). Dat was hier het geval.
Gelet op bovenstaande nader toegelichte feiten en omstandigheden, waaronder de geschiedenis en de persoonlijkheid van patiënt, is de commissie van oordeel dat de arts aannemelijk heeft gemaakt dat zij tot de overtuiging kon komen dat bij patiënt sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Ad e. "Klaar-met-leven"-problematiek?

Als sprake is van een medische grondslag en ondraaglijk lijden, is de vraag of eigenlijk een "klaar-met-leven"-problematiek aan het verzoek van patiënt ten grondslag lag ook beantwoord, in ontkennende zin. De commissie heeft dat aspect niettemin onderzocht en heeft de arts en de consulent daarover bevraagd. Beiden hebben verklaard dat zij die problematiek goed kennen vanuit hun expertise als huis- en SCEN-arts. Naar het oordeel van de commissie hebben zij overtuigend toegelicht dat patiënten met een dergelijke vraag naar hun inzichten tot een andere categorie dan patiënt behoren. Patiënt had zeker moeite met de zijns inziens beperkte kwaliteit van zijn leven, maar de kern van hun bevindingen was dat hij dement aan het worden was, en wanhopig en radeloos was. Dat waren voor hen serieus te nemen verschijnselen.
Als beschreven is de commissie tenslotte van oordeel dat de arts patiënt voldoende heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten en dat de arts met patiënt tot de conclusie is kunnen komen dat er voor de situatie waarin hij zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

CASUS 2014-35

Zie voor vrijwillig en weloverwogen verzoek p. 11, patiënten met dementie p. 27, de rol van de schriftelijke wilsverklaring p. 23 en de onafhankelijke consulent p. 16 en verder van de Code of Practice. Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-35 op de website.

OORDEEL: GEHANDELD OVEREENKOMSTIG DE ZORGVULDIGHEIDSEISEN

ZORGVULDIGHEIDSEISEN: vrijwillig en weloverwogen verzoek, consultatie

AANDACHTSPUNTEN: dementie, rol schriftelijke wilsverklaring

SAMENVATTING: Patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, leed aan de ziekte van Alzheimer. De arts was vanaf de diagnose met patiënte over euthanasie in gesprek geweest. Patiënte beschikte over een gedetailleerde en geactualiseerde schriftelijke wilsverklaring met een dementieclausule. Zij kon tot op het laatst haar euthanasieverzoek – al dan niet verbaal – aan de arts kenbaar maken. Het lijden dat de arts bij patiënte zag kwam overeen met hetgeen zij eerder mondeling en in de schriftelijke wilsverklaring als ondraaglijk had aangemerkt. Patiënte kon tegenover de consulent haar verzoek niet mondeling kenbaar maken, maar de consulent mocht afgaan op de schriftelijke wilsverklaring. De arts kon tot de overtuiging komen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Bij patiënte, een vrouw van 70-80 jaar, werd ruim een jaar voor het overlijden de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Genezing was niet mogelijk. De behandeling was uitsluitend palliatief van aard. Zij kreeg medicatie. Patiënte en haar familie werden ter ondersteuning begeleid door een casemanager dementie (casemanagers dementie geven op professionele wijze

informatie en advies en begeleiden een patiënt met dementie en zijn eventuele gezin). Er was een snelle achteruitgang qua cognitie en handelingsvaardigheden. Twee maanden voor het overlijden werd thuiszorg ingeschakeld voor de persoonlijke verzorging van patiënte. Ook ging patiënte vanaf dat moment naar de dagopvang.
Het lijden van patiënte bestond uit het feit dat zij niet meer zelfstandig kon functioneren en overal hulp bij nodig had. Zij was altijd een autonoom persoon geweest en was erg verdrietig door het verlies van de regie over haar leven. Op het moment dat dagopvang en thuiszorg in beeld kwamen, was voor patiënte de maat vol. Patiënte had in haar omgeving mensen zien aftakelen als gevolg van de ziekte van Alzheimer; dat proces wilde zij zelf niet op die manier meemaken. De arts kende patiënte al jaren en mede gezien vanuit de premorbide persoonlijkheid van patiënte, was de arts ervan overtuigd dat het lijden voor haar ondraaglijk was. Naar heersend medisch inzicht was het lijden uitzichtloos.
Patiënte had eerder met de arts over euthanasie gesproken. Omstreeks tien maanden voor de levensbeëindiging overhandigde patiënte een schriftelijke wilsverklaring, inclusief een zogenaamde dementieclausule, aan de arts.
Een maand voor het overlijden heeft patiënte de arts concreet om euthanasie verzocht. Patiënt gaf in het gesprek met de arts blijk van ziekte-inzicht. Zij uitte een onderbouwd euthanasieverzoek.
Daarna herhaalde patiënte haar verzoek aan de arts op verschillende momenten.
De arts was ervan overtuigd dat patiënte tot op het laatst goed begreep wat euthanasie inhield en dat levensbeëindiging haar uitdrukkelijke wens was.
De arts raadpleegde twee consulenten, beiden huisartsen en onafhankelijke SCEN-artsen. De eerste consulent bezocht patiënte twee maanden voor de levensbeëindiging, nadat hij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie. Op dat moment was er geen actuele euthanasievraag. De eerste consulent meende dat toetsing aan de zorgvuldigheidseisen nog niet aan de orde was.
De tweede consulent bezocht patiënte een maand voor de levensbeëindiging, nadat zij door de arts over patiënte was geïnformeerd en inzage had gekregen in de relevante medische documentatie.
De tweede consulent gaf in haar verslag een samenvatting van de ziektegeschiedenis en de aard van het lijden van patiënte. De tweede consulent kwam tot het oordeel dat patiënte begreep wat euthanasie inhield en dat zij om euthanasie vroeg vanwege haar dementie. De consulent twijfelde echter aan de wilsbekwaamheid voor wat betreft haar actuele doodswens. Patiënte kon het moment van euthanasie in de tijd niet consistent aangeven. Ook was er, afhankelijk van vermoeidheid, drukte en fase in het ziekteproces, sprake van een wisselend ziekte-inzicht.
De consulent raadde de arts aan een sociaal geriater te raadplegen om de wilsbekwaamheid van patiënte te laten beoordelen.
Drie dagen na het bezoek van de tweede consulent bezocht een sociaal geriater patiënte. Volgens de geriater begreep patiënte wat euthanasie was en kon zij benoemen dat er een situatie kon ontstaan waarbij zij om euthanasie zou vragen. Wat die situatie zou zijn, kon patiënte niet aangeven. Wel reageerde ze fel, boos en afhoudend toen haar kinderen spraken over het accepteren van thuiszorg en dagopvang. Patiënte uitte geen concreet euthanasieverzoek en zij kon zich niet herinneren eerder daarom gevraagd te hebben. Zij vertelde wel dat er momenten waren waarop zij het leven niet meer de moeite waard zou vinden en liever dood wilde zijn. Zij kon zich voorstellen dat zij ooit om euthanasie zou vragen.

Mede op grond van de bevindingen van de sociaal geriater was de tweede consulent van oordeel dat patiënte door haar gestoorde tijdsbesef geen concreet tijdstip voor de uitvoering van de levensbeëindiging meer kon formuleren. De goed gedocumenteerde schriftelijke wilsverklaring zou volgens de tweede consulent de mondelinge instemming van patiënte kunnen vervangen. In haar verslag kwam de consulent mede op basis van het gesprek met patiënte tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Uit de meldingsgegevens was het de commissie onvoldoende duidelijk geworden hoe de arts zich ervan vergewist had dat het lijden voor patiënte op het moment van de levensbeëindiging ondraaglijk was.
Ook had de commissie vragen over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek van patiënte mede gezien hetgeen de sociaal geriater en de SCEN-artsen hebben vermeld in hun verslagen.
De arts gaf onder meer de volgende mondelinge toelichting.
Patiënte was een dame van stand die heel goed wist wat zij wel en niet wou. Na het bekend worden van de diagnose was het voor de arts al duidelijk dat patiënte op enig moment om euthanasie zou verzoeken. De arts gaf aan dat het moeilijke bij deze patiënte was dat op het laatst het tijdsbesef meer en meer ontbrak. Haar euthanasiewens was helder maar het tijdstip waarop zij wilde dat haar leven werd beëindigd, was niet altijd helemaal duidelijk. Op goede momenten wist zij wanneer ze jarig was en gaf zij aan dat ze op haar verjaardag wilde sterven. Op slechte momenten was zij in de war en kon ze dat niet onder woorden brengen. Bovendien had patiënte de neiging om tegenover vreemden mooi weer te gaan spelen.
De arts vond de casus uiteindelijk heel duidelijk en was zelf overtuigd dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Uit de inhoud van het dossier en na de mondelinge toelichting van de arts was een aantal zaken de commissie nog onvoldoende duidelijk geworden.
Zo wilde de commissie de tweede consulent graag vragen stellen over haar bevindingen bij het tweede bezoek aan patiënte waarbij de arts ook aanwezig was.
De commissie wilde in het bijzonder van de tweede consulent weten hoe haar oordeel luidde, na dit tweede bezoek, met betrekking tot de wilsbekwaamheid van patiënte, de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en de ondraaglijkheid van het lijden.
De consulent gaf onder meer de volgende mondelinge toelichting.
Het was de commissie in het patiëntendossier opgevallen dat de consulent samen met een collega SCEN-arts, patiënte had bezocht. Dit bleek niet uit het consultatieverslag. De consulent lichtte desgevraagd toe dat de collega SCEN-arts die haar had vergezeld, tevens haar praktijkgenoot was.
De consulent, hoewel SCEN-consulent van het eerste uur, had nog niet eerder de zorgvuldigheidseisen beoordeeld bij een demente patiënt. Zij wilde zo zorgvuldig mogelijk handelen en zij ervoer het als steun dat haar praktijkgenoot die beschikt over specifieke expertise op het gebied van euthanasie en dementie, met haar mee was gegaan. De collega nam niet deel aan het gesprek met patiënte, maar de consulent en haar collega hebben de casus wel nabesproken. De consulent had deze gang van zaken niet vermeld omdat zij niet dacht dat het voor het verslag van belang was.
Uiteindelijk baseerde de consulent haar oordeel op het gesprek met patiënte, het gesprek met de arts, het dossier van de arts, het onderzoek door de sociaal geriater en op de wilsverklaring van patiënte.
In de clausule dementie (van tien maanden voor het overlijden) stond duidelijk wat patiënte per se niet wilde en wat voor haar ondraaglijk lijden zou betekenen. Overigens was er op dat moment, zo was aan de consulent verteld, al sprake van verstoring van het tijdsbesef bij patiënte.
De consulent kon zien dat er sprake was van lijden en zij leidde de ondraaglijkheid van het lijden mede af uit hoe het hele proces was gegaan. De toestand van patiënte kwam overeen met hetgeen waarover zij in haar wilsverklaring had aangegeven, nooit te willen meemaken. De afhankelijkheid en het verlies van autonomie vormden de voornaamste componenten van het ondraaglijk lijden. Wat bijdroeg aan de ondraaglijkheid van het lijden was de angst voor toekomstig lijden; de klachten zouden alleen maar ernstiger worden.

De commissie vroeg zich aanvankelijk af hoe de arts ervan overtuigd was geraakt dat patiënte vrijwillig en weloverwogen om euthanasie vroeg en dat zij ondraaglijk leed. Uit het dossier bleek namelijk dat patiënte op het laatst, onder andere door gebrek aan tijdsbesef veroorzaakt door haar ziekte, niet meer goed in staat was haar verzoek verbaal te uiten en te onderbouwen.
Door de mondelinge toelichtingen van de arts en de tweede consulent werd de gang van zaken voor de commissie duidelijk.
De vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek blijkt met name uit het feit dat de arts vanaf de diagnosestelling met patiënte hierover in gesprek is geweest. De arts heeft dit proces goed gedocumenteerd in het patiëntendossier. Bovendien had patiënte in een eerder stadium een gedetailleerde schriftelijke wilsverklaring ondertekend en overhandigd aan de arts. De arts gaf tevens aan dat patiënte tegenover de arts, tot op het laatst, het verzoek, al dan niet verbaal, wél kon aangeven. Dit komt, aldus de arts, vaker voor bij patiënten met een dementieel syndroom; onder spanning, door sociale druk en door pieken en dalen in de ziekteverschijnselen kunnen zij wisselend zijn qua wilsbekwaamheid en/of communicatieve vaardigheid.
De arts maakte verschillende keren mee dat patiënte boos en ontredderd was wanneer zij zich realiseerde dat zij haar autonomie had verloren en afhankelijk was geworden. Dit lijden was conform het lijden zoals patiënte eerder uitdrukkelijk, mondeling en in de wilsverklaring, had aangegeven als ondraaglijk te beschouwen.
De consulent baseerde haar oordeel op haar eigen waarneming tijdens het gesprek met patiënte maar ook op hoe het hele proces vanaf het bekend worden van de ziekte, kenbaar uit de medische documentatie en door gesprekken met betrokkenen, was gegaan. De consulent voelde zich gesterkt door de rapportage van de sociaal geriater. Patiënte heeft tegenover de consulent haar verzoek weliswaar niet mondeling kenbaar kunnen maken, maar de consulent mocht in dit geval afgaan op de schriftelijke wilsverklaring van patiënte. Deze wilsverklaring was voorzien van naam, dagtekening, en handtekening, geactualiseerd en regelmatig besproken met de arts en hierin stond duidelijk aangegeven wat patiënte als ondraaglijk lijden zou ervaren.

H.IV

OVER DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

WETTELIJK KADER

In Nederland en op de BES-eilanden Bonaire, Saba en St. Eustatius zijn levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in beginsel strafbaar (artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht (WvSr).
Van een strafbaar feit is geen sprake indien de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding plaatsvindt door een *arts,* die heeft voldaan aan de in de wet vastgelegde *zorgvuldigheidseisen* én zijn handelen heeft *gemeld* aan de gemeentelijke lijkschouwer. In de hiervoor genoemde wetsartikelen is deze uitzondering als *bijzondere strafuitsluitingsgrond* opgenomen (artikelen 293, tweede lid en 294, tweede lid WvSr).
De zorgvuldigheidseisen zijn vastgelegd in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL), terwijl de meldingsplicht is uitgewerkt in artikel 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging.

Bij de melding aan de lijkschouwer voegt de arts een *beredeneerd verslag* waarin hij motiveert waarom hij naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan (zie *casus 2014-23* en bijlage 1 *casus 19 jaarverslag 2013*). Voor het opstellen van een dergelijk verslag is een model beschikbaar[15] dat – bij voorkeur digitaal – door de arts wordt ingevuld.
De lijkschouwer schouwt het stoffelijk overschot (uitwendig) en gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd. Hij controleert of het verslag van de arts volledig is ingevuld. De lijkschouwer meldt de euthanasie, d.w.z. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding aan de commissie en doet deze melding vergezeld gaan van het verslag van de arts, het oordeel over de zorgvuldigheidseisen van de geconsulteerde arts en – indien aanwezig – een schriftelijke wilsverklaring van de overledene. Ook legt hij aan de commissie de overige door de arts verstrekte relevante stukken over, zoals patiëntjournaal en specialistenbrieven.

ROL VAN DE RTE'S

Wettelijke taken, bevoegdheden en werkwijze

In artikel 3 van de WTL hebben de RTE's een wettelijke basis gekregen. Ze hebben de taak om – achteraf – te beoordelen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van het verslag van de arts en alle andere bij de melding gevoegde stukken. De arts zal aan de commissie aannemelijk moeten maken dat hij conform deze eisen heeft gehandeld.

Meteen na ontvangst van de melding en eerste lezing van de bij de melding ontvangen stukken maakt een ervaren secretaris van de commissie een inschatting of de melding bij

15 Zie noot 1.

de commissie vragen zal oproepen of niet. Bij niet vragen oproepende meldingen (NVO's) is de inschatting dat de zorgvuldigheidseisen van de wet in acht zijn genomen én de verstrekte informatie zo volledig is, dat deze geen vragen oproept.

De NVO's worden ter gezamenlijke beoordeling digitaal aan de leden van de commissie (jurist, arts en ethicus) voorgelegd en in beginsel door de betreffende commissie digitaal beoordeeld en worden zodoende zo snel mogelijk afgehandeld. Als één van de commissieleden van mening is dat de melding wél vragen oproept, wordt de melding alsnog doorverwezen voor behandeling op de maandelijkse commissievergadering, waar ook de andere vragen oproepende meldingen (VO's) worden behandeld.

Meldingen van euthanasie waarvan bij de eerste selectie of tijdens het verdere toetsingsproces vragen zijn gerezen ten aanzien van een of meer zorgvuldigheidseisen worden als VO aangemerkt. VO's kunnen ook meldingen betreffen waarvan de RTE's hebben afgesproken dat die nadere discussie behoeven, zoals bijvoorbeeld bij meldingen van euthanasie bij patiënten met dementie, psychiatrische aandoeningen of een stapeling van ouderdomsklachten.

Wanneer de commissie naar aanleiding van een melding vragen heeft of nadere informatie of toelichting nodig heeft, wordt de arts en/of de geconsulteerde arts daarover benaderd. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk. Is de aldus verkregen informatie niet voldoende om tot een goede beoordeling van het handelen van de arts te komen, dan kunnen arts en/of consulent worden uitgenodigd voor het geven van een mondelinge toelichting en het beantwoorden van vragen van de commissie (art. 8 WTL jo. art. 5, lid 2 onder c, Besluit d.d. 06-03-2002 (Stb. 2002, nr.141) en Richtlijnen betreffende de werkwijze RTE's, d.d. 21-11-2006).
Bij die gelegenheid stelt de commissie vragen en kan de arts een nadere mondelinge toelichting geven, alvorens de commissie tot een definitief oordeel komt. Van deze mondelinge toelichting wordt een verslag gemaakt. Voordat het verslag wordt vastgesteld wordt het concept ervan aan de arts voorgelegd met de vraag of de inhoud de door de arts gegeven toelichting correct weergeeft.

In alle gevallen waarin de commissie op basis van de verstrekte stukken voornemens is tot het oordeel te komen dat de arts *niet* conform één of meer zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt de arts altijd voor een gesprek met de commissie uitgenodigd.

De RTE's geven over de meldingen die zij toetsen een schriftelijk oordeel.
De arts ontvangt het oordeel van de commissie in beginsel binnen de wettelijke termijn van zes weken. Deze termijn kan één keer met zes weken worden verlengd. Deze termijnen kunnen soms langer zijn in het geval de RTE's nadere schriftelijke en/of mondelinge toelichting of informatie van de meldend arts of de consulent nodig hebben. Ook nader intern overleg in het kader van de hierna te bespreken *harmonisatie* brengt soms onvermijdelijk enige verlenging van genoemde termijnen met zich mee. In de ontvangstbevestiging van de melding, waarin is opgenomen dat deze *in beginsel* binnen de wettelijke termijn van (twee maal) zes weken zal worden behandeld, wordt de meldend arts op die mogelijkheid geattendeerd.
Een oordeel van de toetsingscommissie dat de arts bij het inwilligen van het verzoek om euthanasie in overeenstemming met de wettelijke zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld is een eindoordeel. De zaak is hiermee de facto afgedaan.
Een oordeel van de commissie dat de arts *niet* conform één of meer zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld wordt niet alleen aan de arts gestuurd, doch wordt ingevolge de WTL met bijbehorend dossier ook naar het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gezonden. Het College bepaalt – al dan niet na een gesprek met de arts – of tot strafvervolging wordt overgegaan. De Inspectie beslist – al dan niet na een gesprek met de arts – of tot het aanhangig maken van een tuchtzaak wordt overgegaan of andere maatregelen worden getroffen.

De zogenoemde afloopberichten van het Openbaar Ministerie (het College van procureurs-generaal) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de daarin opgenomen overwegingen zijn ook van belang voor de hierna beschreven harmonisatie van de oordelen.

De coördinerend voorzitter, plaatsvervangend coördinerend voorzitter en algemeen secretaris van de RTE's voeren jaarlijks overleg met het College en de Inspectie.

Samenstelling en organisatie RTE's

Er zijn vijf regionale toetsingscommissies. De plaats van overlijden van de patiënt bepaalt welke commissie bevoegd is.
Elke commissie bestaat uit drie leden: een jurist (voorzitter), een arts en een ethicus. Uitgangspunt is dat de regionale commissies voor iedere discipline twee plaatsvervangers hebben. Aldus fungeren per regio in totaal negen commissieleden. Dezen kunnen allen als plaatsvervangend lid optreden in de andere commissies, zowel bij de digitale beoordeling van meldingen als bij de behandeling en beoordeling van meldingen in de maandelijkse commissievergadering. Iedere commissie wordt bijgestaan door een secretaris, die jurist is. Deze heeft met betrekking tot de toetsing een voorbereidende rol en een raadgevende stem in de maandelijkse commissievergadering.
De secretariaten ondersteunen de RTE's in hun werkzaamheden. De secretariaten zijn gehuisvest in Groningen, Arnhem en Den Haag, alwaar ook de vergaderingen van de RTE's plaatshebben. De secretariaten van de RTE's zijn ondergebracht in de directie Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (hierna: ESTT). Deze directie omvat tevens de secretariaten voor de Tuchtcolleges in de Gezondheidszorg. Genoemde secretariaten zijn apart georganiseerd. De onafhankelijkheid van de beoordeling door de RTE's blijft daardoor gewaarborgd.

Harmonisatie

Indien een commissie voornemens is het oordeel uit te spreken dat de arts *niet* heeft gehandeld conform één of meer zorgvuldigheidseisen, legt zij het voorgenomen oordeel plus het bijbehorende dossier – digitaal – voor advies en commentaar voor aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's. Meestal wordt ook van meldingen die een gecompliceerde casus betreffen het concept-oordeel dat de arts *wel* conform de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld aan alle leden en plaatsvervangende leden van de RTE's voorgelegd. Bij hoge uitzondering wordt een concept-oordeel naar aanleiding van alle ingebrachte argumenten voorgelegd aan het voorzittersoverleg voor een zwaarwegend advies. De beslissing over het eindoordeel blijft bij de oorspronkelijk bevoegde commissie van drie.
Jaarlijks wordt over een complex en actueel onderwerp voor alle leden en secretarissen een themabijeenkomst gehouden, waarbij vaak ook externe deskundigen worden uitgenodigd.
Ten minste vier maal per jaar vindt het voorzittersoverleg plaats. Bij dit voorzittersoverleg zijn ook steeds de algemeen secretaris en secretarissen van RTE's aanwezig. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het streven naar harmonisatie en eenheid bij het toetsen en de besluitvorming.

Transparantie en voorlichting

Om artsen en andere betrokkenen een goed en actueel beeld te kunnen bieden van de opvattingen van de RTE's en om hun interpretatie van de zorgvuldigheidseisen beter toegankelijk en kenbaar te maken, hebben de RTE's in april 2015 een Code of Practice uitgebracht die, evenals hun jaarverslagen, ook digitaal is te raadplegen.

De in 2013 ingestelde Publicatiecommissie (PC) van de RTE's heeft tot taak om die oordelen die van belang zijn voor de normontwikkeling op een inzichtelijke manier te publiceren op de website van de RTE's. Daartoe behoren in ieder geval alle oordelen dat de arts *niet* conform één of meer zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Deze worden bij voorrang gepubliceerd op de website van de RTE's.[16]
Ook geven de RTE's inhoud aan hun voorlichtende taak[17] door het houden van voordrachten voor GGD's, huisartsenverenigingen, buitenlandse delegaties etc. Daarbij besteden de commissieleden en secretarissen, ook veelal aan de hand van praktijksituaties, aandacht aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen en de geldende toetsingsprocedure.

De RTE's verlenen ook hun medewerking aan de opleiding tot consulent, die wordt verzorgd door de organisatie "Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland" (SCEN) van de KNMG. Ook bezoeken commissieleden desgevraagd intervisiebijeenkomsten van SCEN-artsen in hun regio.
Bevindingen omtrent consultatieverslagen worden in beginsel rechtstreeks door de RTE's teruggekoppeld aan de consulent die het betreft of in algemene termen en dus anoniem aan de SCEN-organisatie.

16 Zie noot 1.
17 Zie artikel 4 lid 2 Besluit van 6 maart 2002, houdende vaststelling van regels met betrekking tot de commissies, bedoeld in artikel 19 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

BIJLAGE 1

OVERZICHT AFHANDELING DOOR OM EN IGZ

Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen, waarover door de RTE's is geoordeeld dat de arts niet heeft gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. In dit overzicht zijn alleen meldingen opgenomen waarover al een bericht van afhandeling van zowel het Openbaar Ministerie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg is ontvangen.

De RTE's ontvingen in dit verslagjaar vier berichten van afhandeling van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg in meldingen waarover door de RTE's was geoordeeld dat de arts niet had gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen van artikel 2 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hieronder zijn deze berichten van afhandeling opgenomen. De RTE's hebben met interesse kennis genomen van de inhoud van deze berichten van afhandeling. Met name de uitleg die het Openbaar Ministerie geeft aan de marginale toetsing van zorgvuldigheidseisen is hier relevant, zie hiervoor de hieronder ook opgenomen *casus 3 jaarverslag 2012* en *casus 14 jaarverslag 2012*. In eerstgenoemde zaak heeft het College van procureurs-generaal de Landelijke Reflectiekamer van het Openbaar Ministerie geraadpleegd. Dit is een landelijk adviesorgaan van het Openbaar Ministerie bedoeld om een zaak kritisch tegen het licht te houden en waarin (onder andere externe) deskundigen in wisselende samenstelling zitting nemen.

JAARVERSLAG 2014

Overzicht van afhandeling door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

CASUS 2014-04

Zie voor de integrale tekst oordeel 2014-04 op de website.[18]

SAMENVATTING: Niet gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de medisch zorgvuldige uitvoering. Levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd met de middelen, in de hoeveelheden en op de wijze als aanbevolen in de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding van augustus 2012. Toen patiënte niet overleed, moest een reserveset euthanatica worden nagebracht. Na toediening van deze euthanatica overleed patiënte. Het is de verantwoordelijkheid van een arts om op de hoogte te zijn van het feit dat hij een reserveset euthanatica bij zich moet hebben. Door afwezigheid van de reserveset had de onwenselijke situatie kunnen ontstaan waarin patiënte weer bij bewustzijn zou zijn gekomen. De levensbeëindiging was niet medisch zorgvuldig uitgevoerd.

College van procureurs-generaal:
Het College is tot het oordeel gekomen dat er in deze casus geen onduidelijkheid bestaat over de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden en het vrijwillig en weloverwogen zijn van het verzoek. Daarnaast was de consultatie adequaat.
Het betreft hier alleen een gebrek in de medische uitvoering van de levensbeëindiging.
Gelet op de Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (zie paragraaf 5.5, ander dan strafrechtelijk optreden is in zo'n geval zinvol) bestaat er daarom geen reden voor vervolging, zodat het College heeft beslist tot een onvoorwaardelijk sepot.
De kans op herhaling lijkt niet groot. De euthanaserend arts is na zijn toelichting bij de regionale toetsingscommissie euthanasie onmiddellijk in gesprek gegaan met de artsengroep van het verpleeghuis en ook met de ziekenhuisapotheker. Het verpleeghuis en de ziekenhuisapotheek hanteren nu wel de Richtlijn.

18 Zie noot 1.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:
De inspectie heeft met de arts een (telefoon) gesprek gevoerd. De arts heeft daarbij een nadere toelichting gegeven op de wijze waarop het voortraject en het na traject van de uitgevoerde euthanasie heeft plaatsgevonden.
De arts was ca. 9 maanden aan het werk als basisarts/arts-assistent in het verpleeghuis toen patiënte uit het ziekenhuis komende in de verpleegkliniek werd opgenomen en sprak over haar euthanasiewens.
Patiënte en haar zoons waren zeer teleurgesteld in de eigen huisarts en de longarts.
Toen de arts zich bereid verklaarde euthanasie te willen uitvoeren, ontwikkelde patiënte en haar zoons zoveel vertrouwen in de arts dat het voor de hand lag dat de euthanasie ook door de arts zou worden uitgevoerd, ondanks het feit dat hij niet eerder een euthanasie had gedaan. Op dat moment was er ook geen andere arts (supervisor van de arts) in het verpleeghuis aanwezig vanwege vakantie.
Er was overleg met en begeleiding geweest door de arts van een naburig verpleeghuis en met een ervaren oud-huisarts die ook als verpleeghuisarts voor de Stichting optrad. Ook raadpleegde de arts als consulent een onafhankelijke SCEN-arts.
Het verpleeghuis werkte, bij de uitvoering van de medische zorg, veel samen met het nabij gelegen ziekenhuis. Ook de protocollen van het ziekenhuis worden gebruikt; zo is i.c. het euthanasieprotocol geraadpleegd. De arts had geen enkele reden om te veronderstellen dat het euthanasieprotocol verouderd zou zijn; hij heeft altijd 100 % vertrouwen gehad en op grond van zijn ervaring ook kunnen hebben in de juistheid van de ziekenhuisprotocollen. Datzelfde geldt voor de protocollen die staan op de artsenschijf van het intranet van het verpleeghuis.
Niemand van de artsengroep wist van de nieuwe richtlijnen af.
In deze artsengroep is in de eerste week na de euthanasie veel over de casus gesproken.
De arts is, nadat de commissie hem om een nadere toelichting vroeg, onmiddellijk in gesprek gegaan met de artsengroep van het verpleeghuis en de ziekenhuisapotheker.
De protocollen zijn inmiddels geactualiseerd, zowel die van het verpleeghuis als van het ziekenhuis/de ziekenhuisapotheek. Op de artsenschijf van het verpleeghuis wordt ook verwezen naar de herziene versie van het ziekenhuis-protocol.
Gezien de reflectie van de arts gaat de inspectie ervan uit dat de arts in mogelijke toekomstige situaties de levensbeëindiging op medisch zorgvuldige wijze zal uitvoeren. Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nader onderzoek te doen c.q. nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

JAARVERSLAG 2012 EN 2013

Overzicht van afhandeling van oordelen door het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarvan bij het ter perse gaan van het Jaarverslag 2012 en 2013 nog geen afloopbericht was ontvangen.

CASUS 2012-3

Zie voor de integrale tekst oordelen 2012 (Jaarverslag) casus 3 op de website.

SAMENVATTING: Niet gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de ondraaglijkheid van het lijden en geen redelijke andere oplossing. Patiënte met de ziekte van Huntington met dementie. De arts heeft niet voldoende aannemelijk gemaakt, dat zij tot de overtuiging kon komen dat het lijden voor patiënte ondraaglijk was en dat er geen redelijke andere oplossing was. Schriftelijke wilsverklaring was niet geactualiseerd, het verzoek was later niet opnieuw met de arts besproken, dossiervorming was gebrekkig; artikel 2, lid 2 WTL niet van toepassing.

College van procureurs-generaal:

Op verzoek van het College heeft de Landelijke Reflectiekamer van het Openbaar Ministerie in deze zaak een adviesrapportage uitgebracht. De Landelijke Reflectiekamer is een intern adviesorgaan van het OM bedoeld om een zaak kritisch tegen het licht te houden en waarin (onder andere externe) deskundigen in wisselende samenstelling zitting nemen.

Het College heeft mede op basis van dit advies besloten tot een onvoorwaardelijk sepot ten aanzien van 293, eerste lid, Wetboek van Strafrecht. Weliswaar is de arts onzorgvuldig en onvolledig geweest in haar documentatie omtrent de actualiteit wilsverklaring, maar er is geen sprake van een evidente schending van de zorgvuldigheidseisen. Vervolging is daarom niet opportuun.

Het College acht daarbij het volgende van belang.
De toetsing van het ondraaglijk lijden herbergt tweemaal een marginale toets in zich.

- Krijgt de arts de overtuiging dat de patiënt ondraaglijk lijdt?
- Kan de overtuiging van de arts dat de patiënt ondraaglijk lijdt marginaal gevolgd/begrepen worden?

Naar het oordeel van het College is aan beide aspecten in deze casus voldaan. De arts heeft de overtuiging gekregen dat de patiënt ondraaglijk leed. Ten aanzien van het tweede aspect overweegt het College het volgende. De schriftelijke en mondelinge uitingen van de patiënte uit 2005 zijn in belangrijke mate bepalend voor haar waardepatroon.
Bij het vaststellen van de ernst van het lijden moet de betekenis van de symptomen van de ziekte en het daarmee samenhangende verzorgingsperspectief (permanente opname in het verpleeghuis) worden beoordeeld tegen de achtergrond van de levensgeschiedenis en het waardepatroon van de patiënt ('narratieve element'). De ernst van het lijden kan niet worden vastgesteld door alleen naar de symptomen op zichzelf te kijken, maar die ernst wordt uiteindelijk bepaald door de betekenis die deze symptomen hebben voor deze patiënt, ook gezien diens levensgeschiedenis en waardepatroon.
De door de patiënte niet gewenste opname in een verpleegtehuis was dan ook geen redelijke andere oplossing voor haar ondraaglijk lijden, zodat de arts deze mogelijkheid niet behoefde te onderzoeken.
Bezien in het licht van de wetsgeschiedenis en de strafrechtelijke context waarbinnen het Openbaar Ministerie deze zaak moet beoordelen, komt het College tot het volgende oordeel ten aanzien van de actuele wil van de patiënte.
Ondanks het ontbreken van verificatie althans documentatie van de arts over de actualiteit van de wil is in casu wel sprake van de uitvoering van de wil van de patiënte. Punten die het College daarbij van belang acht zijn de voorspelbaarheid van de ziekte van Huntington en van het ziekteproces, de wilsverklaring uit 2005, de volmacht uit 2009, de vaste conclusie met betrekking tot het niet opgenomen willen worden in een verpleeghuis, het sterk verslechterende ziektebeeld, en de verklaring van de neuroloog. Hieruit heeft de arts mogen concluderen dat de patiënte het ziektestadium waarin zij de levensbeëindiging wenste, heeft bereikt.
Teneinde de bestaande onduidelijkheid over het actueel houden van de wilsverklaring te beëindigen, is het afgelopen jaar op instigatie van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de schriftelijke wilsverklaring in breed maatschappelijk verband onder de loep genomen. Dit moet uitmonden in handreikingen voor zorgprofessionals en burgers.
Daarnaast is nog het volgende van belang. De arts heeft, ook volgens de IGZ, naar eer en geweten gehandeld. De arts heeft zich gesteund gevoeld in haar conclusie door de onafhankelijke SCEN-arts. Het herhalingsrisico is, ook volgens de IGZ, zeer klein.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De Inspectie heeft zowel de huisarts als de SCEN consulente gevraagd te reflecteren op onderdelen van de uitspraak van de euthanasiecommissie.
Insteek van deze reflectie was, gezien de rol en taakstelling van de inspectie, om tot een oordeel te komen of de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aanwezig zijn. Voor de inspectie in dit

kader van belang om in te schatten of de arts en de SCEN-arts geleerd hebben van de betreffende casuïstiek en eventuele verbetermaatregelen hebben getroffen om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen. De inspectie heeft in het gesprek geconstateerd dat beide artsen lering hebben getrokken uit de casus.
Daarnaast is de Inspectie van mening dat beide zorgverleners naar eer en geweten hebben gehandeld. Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nader onderzoek te doen c.q. nadere maatregelen jegens beide zorgverleners te nemen.
Voorts hebben beide zorgverleners aangegeven dat zij behoefte hebben aan (euthanasie)richtlijnen bij ziekten zoals Huntington en dementie. De inspectie heeft aan beiden de suggestie meegegeven dit bij hun beroepsvereniging kenbaar te maken.

CASUS 2012-14

Zie voor de integrale tekst oordelen 2012 (Jaarverslag) casus 14 op de website.

SAMENVATTING: Niet gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de ondraaglijkheid van het lijden en de consultatie. Tussen de consultatie en de uitvoering was er een tijdsspanne van twee maanden. Er was in deze tijd geen goede verslaglegging van de huisarts zodat, mede door het ontbreken van een tweede consult, niet duidelijk is of er sprake was van ondraaglijk lijden.

College van procureurs-generaal:

Het College is tot het oordeel gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, met uitzondering van de eis van de onafhankelijke consultatie. De regionale toetsingscommissie euthanasie was daarnaast ook tot het oordeel gekomen dat niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseis die ziet op de ondraaglijkheid van het lijden.
Ingevolge de aanwijzing (5.3) is strafrechtelijke vervolging in beginsel geïndiceerd als geen sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, althans als niet boven enige twijfel verheven is dat daarvan sprake was. Ook wanneer niet is vast te stellen of sprake was van uitzichtloos en/of ondraaglijk lijden (bijvoorbeeld omdat de verslaglegging gebrekkig was) ligt vervolging volgens de aanwijzing in beginsel in de rede.
Voorts is van belang dat de uitzichtloosheid van het lijden geobjectiveerd dient te worden en dat de vaststelling van de ondraaglijkheid van het lijden neerkomt op een marginale toets of de behandelend arts in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat sprake was van ondraaglijk lijden.
Deze marginale toets is tweeledig: heeft de arts de overtuiging gekregen dat de patiënt ondraaglijk lijdt en kan de overtuiging van de arts dat de patiënt ondraaglijk lijdt marginaal gevolgd/begrepen worden?
Het College, dat zich hij de beoordeling van een zaak zelf een oordeel moet vormen over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, constateert dat de uitzichtloosheid van het lijden niet ter discussie staat en beantwoordt de twee vragen over de ondraaglijkheid van het lijden bevestigend. De arts heeft de overtuiging gekregen dat de patiënt ondraaglijk leed. Deze overtuiging kan naar het oordeel van het College ook begrepen worden. Het dossier (de – zij het summier onderbouwde – perceptie van de arts daarop, alsmede de – veel uitgebreider onderbouwde – visie van de tweede SCEN-arts) biedt daarvoor handvatten. De informatie van de SCEN-arts dateert weliswaar van acht weken voor de levensbeëindiging, maar toen oordeelde de arts al dat de ondraaglijkheid van het lijden invoelbaar was en, zoals de regionale toetsingscommissie overweegt, is het zeer wel denkbaar dat de toezegging de patiënte de kracht gaf om door te gaan.
Vervolging van de arts is in de gegeven omstandigheden niet opportuun. Daar komt bij dat van het bewust opzoeken van de grenzen van de wet door de arts in dit geval geen sprake is.
Het gebrek in de consultatie bestaat er uit dat de arts alvorens tot uitvoering van de levensbeëindiging over te gaan de consulent nog een keer telefonisch had moeten consulteren gezien het tijdsverloop na de consultatie en de daarna mogelijk veranderde perceptie van het lijden door de patiënte. Vervolging van de arts vanwege een gebrek in de consultatie kan volgens de Aanwijzing (5.4) echter (alleen) aan de orde zijn in gevallen waarin consultatie achterwege is gebleven *én*

onvoldoende vast is komen te staan dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Aan deze cumulatieve voorwaarden voor vervolging is niet voldaan.
Zoals hiervoor aangegeven heeft in het onderhavige geval consultatie wel plaatsgevonden, staat de uitzichtloosheid van het lijden niet ter discussie en is, zoals gezegd, de invoelbaarheid van het lijden verdedigbaar. Vervolging voor een gebrek in de consultatie is in een geval als dit niet aan de orde. Gelet hierop is er ook geen mogelijkheid om aan het sepot voorwaarden te verbinden. Immers, als vervolging niet aan de orde is, of de kans op een succesvolle vervolging gering wordt ingeschat, is er ook geen ruimte voor een voorwaardelijk sepot, aangezien bij een overtreding van de voorwaarden men opnieuw tegen de eerder geconstateerde problemen in de vervolging zal aanlopen.
Daarnaast is van belang dat de arts heeft geleerd van de casuïstiek en in het gesprek met de IGZ heeft aangegeven in het vervolg meer aandacht te schenken aan verslaglegging.
Nu het de tweede keer is dat het handelen van deze arts hij levensbeëindiging op verzoek als onzorgvuldig is beoordeeld, heeft het College wel aanleiding gezien het onvoorwaardelijk sepot in dit geval in een gesprek met de arts te laten mededelen, waarin de schendingen van de zorgvuldigheidseisen en het belang van een goede verslaglegging nadrukkelijk aan de orde komen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. Doel van het gesprek was een nadere oriëntatie op de handelwijze van de arts te verkrijgen. De inspectie wilde van de arts weten of en zo ja welke maatregelen hij heeft genomen om herhaling van de door de commissie vastgestelde tekortkoming te voorkomen.
De arts heeft terugkijkend op de casus de moeilijkheid daarvan benoemd. Toen hij destijds bij patiënte aangaf dat hij met haar dit proces wilde ingaan, heeft hij ook nimmer getwijfeld. Hij was ervan overtuigd dat het lijden van patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.
De arts heeft aangegeven dat hij in het vervolg meer aandacht zal hebben voor de verslaglegging van de contacten in het patiëntenjournaal. Eveneens zal hij aandacht hebben voor de houdbaarheid van het consultatieverslag. De inspectie kan zich vinden in de reflectie van de arts. Voor de inspectie is er dan ook geen aanleiding om nader onderzoek te doen c.q. nadere maatregelen jegens de arts te nemen.

CASUS 2013-19

Zie voor de integrale tekst oordelen 2013 (Jaarverslag) casus19 op de website.

SAMENVATTING: Niet gehandeld conform de zorgvuldigheidseisen vanwege de weigering van de arts om aan de commissie voldoende informatie te verstrekken. Daardoor was de commissie niet in de gelegenheid zich een gegrond beeld te vormen of de arts overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen had gehandeld.
De arts kan zich niet onttrekken aan een uitgebreide en gemotiveerde beantwoording van vragen in het verslagmodel met een beroep op een geheimhoudingsafspraak met de patiënt en een beroep op zijn beroepsgeheim. Evenmin kan de arts volstaan met een enkel citaat uit en een algemene verwijzing naar het verslag van de consulent.

College van procureurs-generaal:

De arts heeft zijn bevindingen in deze zaak niet willen toelichten aan de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, noch in het beredeneerd verslag noch mondeling. Het verslag van de arts maakt melding van slokdarmkanker en gemetastaseerde darmkanker en palliatieve behandeling met morfinepleisters en pijnstillers, en van gesprekken met de patiënt over levensbeëindiging en van het moment waarop de patiënt een concreet verzoek om euthanasie heeft gedaan. Het verslag van de SCEN arts geeft veel meer informatie over de zorgvuldigheidseisen die ter discussie staan.
Uit dit verslag blijkt dat genezing niet mogelijk is en in het verslag wordt uitgebreid stilgestaan hij de aard van het lijden dat als uitzichtloos en ondraaglijk wordt gekenschetst. Tevens heeft de

SCEN-arts aangegeven dat er geen reële behandelingsmogelijkheden meer zijn en dat de artsen hierover met de patiënt hebben gesproken. De patiënt heeft ten overstaan van de SCEN-arts op duidelijke wijze en met overtuiging zijn verzoek om levensbeëindiging herhaald. Vanuit strafrechtelijk perspectief kunnen deze gegevens een voldoende onderbouwing vormen voor het oordeel dat in deze zaak *materieel aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan*. Daarbij is van belang dat het bij de zorgvuldigheidseisen die ter discussie staan, gaat om een marginale toetsing. Op grond daarvan is het College tot het oordeel gekomen dat de arts geen enkele norm uit de Wtl heeft geschonden.

Niettemin kunnen de arts twee strafrechtelijke verwijten worden gemaakt.

Eerste strafrechtelijke verwijt

Strikt genomen is sprake van strafbare levensbeëindiging (art. 293, eerste lid, Sr), omdat de arts niet heeft voldaan aan één van de voorwaarden voor strafuitsluiting ex artikel 293 lid 2 Sr: hij heeft niet "overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging" mededeling gedaan aan de gemeentelijk lijkschouwer.
Volgens de wetsgeschiedenis van de Wtl (TK 26991, nr. 3 (MvT), p. 18 en 19) is een mededeling aan de gemeentelijk lijkschouwer zonder beredeneerd verslag niet voldoende voor straffeloosheid. De arts heeft in dit geval weliswaar een verslag overgelegd, maar dat verslag is zo summier ingevuld dat van een beredeneerd verslag in de zin van de wet niet kan worden gesproken. Daarbij is van belang dat op het voorblad van het modelverslag expliciet is aangegeven dat het belangrijk is dat de arts de antwoorden op de gestelde vragen motiveert en dat nadere informatie, zoals een schriftelijke wilsverklaring, een specialistenbrief en een (gedeelte) van het patiëntenjournaal een waardevolle bijdrage kan leveren. Bovendien nodigen de vragen in het verslag de arts ook uit een beschrijving of een motivering te geven, of bijvoorbeeld methoden, middelen en dosering van maatregelen te noemen. Zowel de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben hem op dit gebrek gewezen. Bij de regionale toetsingscommissie heeft hij aangegeven wel te willen verklaren, maar dit niet te kunnen doen vanwege zijn afspraak met de patiënt. In het gesprek met de IGZ heeft hij onomwonden verklaard dat hij heeft begrepen dat hij verantwoording moet afleggen en heeft hij aangegeven zich in het vervolg aan de wet te houden, reden voor de IGZ om geen stappen te ondernemen.

Omdat in dit geval aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en de arts de levensbeëindiging, zij het summier, heeft gemeld en zich aan toetsing heeft onderworpen, ligt een sepot ter zake van art. 293, lid 1 Sr in de rede.

Tweede strafrechtelijke verwijt

De arts heeft artikel 7, lid 2, Wet op de lijkbezorging (Wlb) geschonden, een schending die strafbaar is op grond van artikel 81, aanhef onder 1 Wlb. De arts heeft namelijk verzuimd het door artikel 7 lid 2 vereiste "beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen" van art. 2 Wtl aan de gemeentelijke lijkschouwer te overhandigen. Volgens artikel 82 van de Wlb gaat het slechts om een overtreding (vgl. ook TK 266691, nr. 3 (MvT), p.20: "Het karakter van overtreding met een lichte strafbedreiging lijkt ons voor dit feit voldoende."). Vast staat dat de arts deze overtreding heeft begaan. Dat het herhalingsrisico in dit geval gelet op de verklaringen van de arts bij de IGZ klein lijkt, zou voor het Openbaar Ministerie geen reden zijn geweest om niet tot vervolging voor dit feit over te gaan, bijvoorbeeld door het opleggen van een strafbeschikking in de vorm van een geldboete. Het recht op strafvervolging van overtredingen verjaart echter na drie jaar. In dit geval is het feit medio 2014 verjaard. De zaak is daarom geseponeerd. Wel heeft een medisch officier van justitie de arts in een gesprek gewezen op de gebreken in zijn handelen die in beginsel een vervolging ter zake van artikel 81 Wlb rechtvaardigen en hem gewezen op het belang van het juist en volledig naleven van de bepalingen van de Wlb en artikel 293 Sr.

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

De inspectie heeft met de arts een gesprek gevoerd. In dit gesprek is de handelwijze van de arts in deze casus en de daarop volgende toetsing door de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie besproken.

Op de vraag waarom de arts op de beschreven wijze heeft gehandeld, gaf de arts aan dat hij zich gebonden voelde door het arts-geheim. Het is op het verzoek van de patiënt dat de arts summier is geweest in de beantwoording van de vragen in het modelverslag. De arts was in de veronderstelling dat de informatie en het verslag van de SCEN-arts afdoende zou zijn. De arts meende door de SCEN-arts te citeren, dat het voldoende duidelijk zou zijn dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Op deze wijze zou de arts tevens nog recht doen aan zijn belofte aan de patiënt om zijn medische informatie geheim te houden. De arts voelde de toetsing als een conflict van plichten.

In het gesprek met de inspectie heeft de arts aangegeven te begrijpen dat een euthanasieverzoek zorgvuldig en gemotiveerd moet worden uitgevoerd en dat hij zich een eventuele volgende keer aan de wet zal houden. Het is de arts helder geworden dat het zijn eigen verantwoording is om zorgvuldigheid te betrachten en hier verantwoording over af leggen en dat hij niet kan verwijzen naar het verslag van een andere arts.

De inspectie zal gezien de wijze waarop de arts gaande het gesprek met de inspectie blijk heeft gegeven van voortschrijdend inzicht in de plicht die op hem rust als uitvoerend arts, geen nadere stappen nemen.

BIJLAGE 2

RELEVANTE WETSBEPALINGEN

Staatsblad 2001, nr. 194
Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging.[1]

WET TOETSING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING (WTL)

HOOFDSTUK I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

In deze wet wordt verstaan onder:

a. Onze Ministers: de Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. hulp bij zelfdoding: het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen als bedoeld in artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht;
c. de arts: de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend;
d. de consulent: de arts die is geraadpleegd over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen;
e. de hulpverleners: hulpverleners als bedoeld in artikel 446, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek;
f. de commissie: een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3;
g. regionaal inspecteur: regionaal inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;

HOOFDSTUK II. ZORGVULDIGHEIDSEISEN

Artikel 2

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:

a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen
a tot en met d, en
f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

1 Zie voor de behandeling in de Staten-Generaal: Kamerstukken II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691.
Handelingen II 2000/2001, blz. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375.
Kamerstukken I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (herdr.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h).
Handelingen I 2000/2001, zie vergadering d.d. 10 april 2001.

2. Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
3. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de zestien en achttien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts aan een verzoek van de patiënt om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding gevolg geven, nadat de ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.
4. Indien de minderjarige patiënt een leeftijd heeft tussen de twaalf en zestien jaren en tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht, kan de arts, indien een ouder of de ouders die het gezag over hem uitoefent of uitoefenen dan wel zijn voogd zich met de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding kan of kunnen verenigen, aan het verzoek van de patiënt gevolg geven. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK III. REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES VOOR LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Paragraaf 1. Instelling, samenstelling en benoeming

Artikel 3

1. Er zijn regionale commissies voor de toetsing van meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede lid, onderscheidelijk 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht.
2. Een commissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in elk geval één rechtsgeleerd lid, tevens voorzitter, één arts en één deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken. Van een commissie maken mede deel uit plaatsvervangende leden van elk van de in de eerste volzin genoemde categorieën.

Artikel 4

1. De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden worden door Onze Ministers benoemd voor de tijd van zes jaar. Herbenoeming kan eenmaal plaatsvinden voor de tijd van zes jaar.
2. Een commissie heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangend secretarissen, allen rechtsgeleerden, die door Onze Ministers worden benoemd. De secretaris heeft in de vergaderingen van de commissie een raadgevende stem.
3. De secretaris is voor zijn werkzaamheden voor de commissie uitsluitend verantwoording schuldig aan de commissie.

Paragraaf 2. Ontslag

Artikel 5

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen te allen tijde op hun eigen verzoek worden ontslagen door Onze Ministers.

Artikel 6

De voorzitter en de leden, alsmede de plaatsvervangende leden kunnen door Onze Ministers worden ontslagen wegens ongeschiktheid of onbekwaamheid of op andere zwaarwegende gronden.

Paragraaf 3. Bezoldiging

Artikel 7

De voorzitter en de leden alsmede de plaatsvervangende leden ontvangen vacatiegeld alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.

Paragraaf 4. Taken en bevoegdheden

Artikel 8

1. De commissie beoordeelt op basis van het verslag bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging, of de arts die levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2.
2. De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.
3. De commissie kan bij de gemeentelijke lijkschouwer, de consulent of de betrokken hulpverleners inlichtingen inwinnen, indien dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.

Artikel 9

1. De commissie brengt haar gemotiveerde oordeel binnen zes weken na ontvangst van het verslag als bedoeld in artikel 8, eerste lid, schriftelijk ter kennis van de arts.
2. De commissie brengt haar oordeel ter kennis van het College van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg:
   a. indien de arts naar het oordeel van de commissie niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2; of
   b. indien de situatie zich voordoet als bedoeld in artikel 12, laatste volzin van de Wet op de lijkbezorging.

   De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
3. De in het eerste lid genoemde termijn kan eenmaal voor ten hoogste zes weken worden verlengd. De commissie stelt de arts hiervan in kennis.
4. De commissie is bevoegd het door haar gegeven oordeel mondeling tegenover de arts nader toe te lichten. Deze mondelinge toelichting kan plaatsvinden op verzoek van de commissie of op verzoek van de arts.

Artikel 10

De commissie is verplicht aan de officier van justitie desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken, welke hij nodig heeft:

1e ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts in het geval als bedoeld in artikel 9, tweede lid; of

2e. ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Van het verstrekken van inlichtingen aan de officier van justitie doet de commissie mededeling aan de arts.

Paragraaf 6. Werkwijze

Artikel 11

De commissie draagt zorg voor registratie van de ter beoordeling gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Bij ministeriële regeling van Onze Ministers kunnen daaromtrent nadere regels worden gesteld.

Artikel 12

1. Een oordeel wordt vastgesteld bij gewone meerderheid van stemmen.
2. Een oordeel kan slechts door de commissie worden vastgesteld indien alle leden van de commissie aan de stemming hebben deelgenomen.

Artikel 13

De voorzitters van de regionale toetsingscommissies voeren ten minste twee maal per jaar overleg met elkaar over werkwijze en functioneren van de commissies. Bij het overleg worden uitgenodigd een vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Paragraaf 7. Geheimhouding en Verschoning

Artikel 14

De leden en plaatsvervangend leden van de commissie zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens waarover zij bij de taakuitvoering de beschikking krijgen, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht of uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Artikel 15

Een lid van de commissie, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in de commissie, verschoont zich en kan worden gewraakt indien er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onpartijdigheid van zijn oordeel schade zou kunnen lijden.

Artikel 16

Een lid, een plaatsvervangend lid en de secretaris van de commissie onthouden zich van het geven van een oordeel over het voornemen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen.

Paragraaf 8. Rapportage

Artikel 17

1. De commissies brengen jaarlijks vóór 1 april aan Onze Ministers een gezamenlijk verslag van werkzaamheden uit over het afgelopen kalenderjaar. Onze Ministers stellen hiervoor bij ministeriële regeling een model vast.
2. Het in het eerste lid bedoelde verslag van werkzaamheden vermeldt in ieder geval:
   a. het aantal gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding waarover de commissie een oordeel heeft uitgebracht;
   b. de aard van deze gevallen;
   c. de oordelen en de daarbij gemaakte afwegingen.

Artikel 18

Onze Ministers brengen jaarlijks ter gelegenheid van het indienen van de begroting aan de Staten-Generaal verslag uit met betrekking tot het functioneren van de commissies naar aanleiding van het in het artikel 17, eerste lid, bedoelde verslag van werkzaamheden.

Artikel 19

1. Op voordracht van Onze Ministers worden bij algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de commissies regels gesteld betreffende
   a. hun aantal en relatieve bevoegdheid;
   b. hun vestigingsplaats.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen Onze Ministers met betrekking tot de commissies nadere regels stellen betreffende
   a. hun omvang en samenstelling;
   b. hun werkwijze en verslaglegging.

HOOFDSTUK III A. BONAIRE, SINT EUSTATIUS EN SABA

Artikel 19a

Deze wet is mede van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba met inachtneming van het in dit hoofdstuk bepaalde.

Artikel 19b

1. Voor de toepassing van:
   – artikel 1, onderdeel b, wordt in plaats van «artikel 294, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES .
   – artikel 1, onderdeel f, wordt in plaats van «een regionale toetsingscommissie als bedoeld in artikel 3» gelezen: een commissie als bedoeld in artikel 19c.
   – artikel 2, eerste lid, aanhef, wordt in plaats van «artikel 293, tweede lid, tweede volzin, Wetboek van Strafrecht» gelezen: artikel 306, tweede lid, tweede volzin van het Wetboek van Strafrecht BES .
   – artikel 8, eerste lid, wordt in plaats van «artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging» gelezen: artikel 1, derde lid, van de Wet verklaringen van overlijden BES .
   – artikel 8, derde lid, vervalt: of de betrokken hulpverleners.
   – artikel 9, tweede lid, aanhef, wordt in plaats van «het College van procureurs-generaal» gelezen: de procureur-generaal.
2. Artikel 1, onder e, is niet van toepassing.

Artikel 19c

In afwijking van artikel 3, eerste lid, is er een door Onze Ministers aan te wijzen commissie, die bevoegd is de meldingen van gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 306, tweede lid, onderscheidenlijk 307, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht BES te toetsen.

Artikel 19d

Bij het overleg, bedoeld in artikel 13, is de voorzitter van de commissie, bedoeld in artikel 19c, betrokken. Tevens zijn betrokken de procureur-generaal of een door hem aan te wijzen vertegenwoordiger en een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Volksgezondheid.

WETBOEK VAN STRAFRECHT

Artikel 293

1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.
2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

Artikel 294

1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.
2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 7

1. Hij die de schouwing heeft verricht geeft een verklaring van overlijden af, indien hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.
2. Indien het overlijden het gevolg was van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding als bedoeld in artikel 293, tweede, onderscheidenlijk artikel 294, tweede lid, tweede volzin, van het Wetboek van Strafrecht, geeft de behandelende arts geen verklaring van overlijden af en doet hij van de oorzaak van dit overlijden onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers. Bij de mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
3. Indien de behandelende arts in andere gevallen dan die bedoeld in het tweede lid meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, doet hij hiervan onverwijld door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijke lijkschouwer of een der gemeentelijke lijkschouwers.

Artikel 9

1. De vorm en de inrichting van de modellen van de verklaring van overlijden, af te geven door de behandelende arts en door de gemeentelijke lijkschouwer, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur.
2. De vorm en de inrichting van de modellen van de mededeling en het verslag, bedoeld in artikel 7, tweede lid, van de mededeling bedoeld in artikel 7, derde lid en van de formulieren bedoeld in artikel 10, eerste en tweede lid, worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Artikel 10

1. Indien de gemeentelijke lijkschouwer meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, brengt hij door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de officier van justitie en waarschuwt hij onverwijld de ambtenaar van de burgerlijke stand.
2. Onverminderd het eerste lid brengt de gemeentelijke lijkschouwer, indien sprake is van een mededeling als bedoeld in artikel 7, tweede lid, door invulling van een formulier onverwijld verslag uit aan de regionale toetsingscommissie bedoeld in artikel 3 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Hij zendt het beredeneerd verslag als bedoeld in artikel 7, tweede lid, mee.

Artikel 81

Met hechtenis van ten hoogste een maand of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft:
1°. overtreding van het bepaalde bij of krachtens de artikelen (...) 7, eerste en tweede lid (...)

COLOFON

Uitgave:
Regionale toetsingscommissies euthanasie
www.euthanasiecommissie.nl

Ontwerp:
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druk:
Xerox/OBT, Den Haag

augustus 2015

LEDEN REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE

Coördinerend voorzitter: mw. mr W.J.C. Swildens-Rozendaal
Plv. coördinerend voorzitter: dhr. mr P.J.M. van Wersch

REGIO 1 GRONINGEN, FRIESLAND, DRENTHE EN BES-EILANDEN

Voorzitter:	dhr. mr A.R.O. Mooy	Plv. voorzitter:	dhr. mr W. van Nierop
Arts:	dhr. dr. E.F.M. Veldhuis	Plv. artsen:	dhr. drs. W.G.P. Mulder mw. drs. H.A. Komen (vanaf 1 april 2015)
Ethicus:	mw. prof. mr dr. A.R. Mackor	Plv. ethici:	mw. dr. E.L.M. Maeckelberghe dhr. dr. D.G. van Tol

REGIO 2 OVERIJSSEL, GELDERLAND, UTRECHT EN FLEVOLAND

Voorzitter:	mw. mr R.S.T. van Rossem-Broos	Plv. voorzitters:	dhr. prof. dr. mr L.H.J. Adams mw. mr H. Mollema-de Jong
Arts:	dhr. drs. V.G.G. Vanneste	Plv. artsen:	dhr. drs. L.P. van Bavel mw. drs. T. Toemen
Ethici:	dhr. dr. Th.A. Boer (tot 1 september 2014) mw. dr. B. van Baarsen (vanaf 1 september 2014, voorheen plv. ethicus)	Plv. ethici:	mw. dr. A.N. Raat mw. dr. H.A.M. Weyers (vanaf 1 maart 2015)

REGIO 3 NOORD-HOLLAND

Voorzitter:	mw. mr W.J.C. Swildens-Rozendaal	Plv. voorzitters:	dhr. mr H.J. Bunjes mw. mr W.R. Kastelein
Arts:	dhr. drs. W.J. Jabroer	Plv. artsen:	dhr. dr. R.A. Verweij dhr. drs. L. Barendregt (vanaf 1 september 2014)
Ethicus:	mw. prof. dr. I.D. de Beaufort	Plv. ethici:	mw. dr. D.P. Touwen mw. dr. L. van der Scheer (vanaf 1 maart 2015)

REGIO 4 ZUID-HOLLAND EN ZEELAND

Voorzitter:	dhr. prof. mr J.K.M. Gevers	Plv. voorzitters:	mw. mr A.D.R.M. Boumans dhr. mr F. van der Hoek
Artsen:	mw. drs. J.A. Schulkes-van de Pol (tot 1 oktober 2014) mw. drs. M.E.Y. Koster (vanaf 1 oktober 2014, voorheen plv. arts)	Plv. artsen:	dhr. drs. M. te Paske dhr. drs. M. Ch. Doorakkers (vanaf 1 april 2015)
Ethicus:	dhr. drs. G. van Dijk	Plv. ethici:	dhr. drs. B.J. Roosjen dhr. dr. A. Krom

REGIO 5 NOORD-BRABANT EN LIMBURG

Voorzitter:	dhr. mr P.J.M. van Wersch	Plv. voorzitters:	dhr. prof. mr dr. J.C.J. Dute mw. mr Ch.L. van den Puttelaar
Arts:	dhr. drs. B.R. Schudel	Plv. artsen:	dhr. drs. O.I.M. Gerats dhr. drs. J.H.M. Peerden
Ethicus:	dhr. dr. H.J.W.M. Wijsbek	Plv. ethici:	dhr. dr. R. Houtepen dhr. drs. H.C. van den Ende (vanaf 1 maart 2015)

